SUITES DE COUCHES
NORMALES ET PATHOLOGIQUES

SUITES DE COUCHES NORMALES ET PATHOLOGIQUES

PAR

E. A. RENE DE COTRET

Accoucheur en chef de la Maternité (Hôpital de la Miséricorde); Professeur d'Obstétrique et de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine; Membre du Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

LA CIE D'IMPRIMERIE GODIN, LTEE

MONTREAL

1919



AVANT-PROPOS

Ne pouvant aujourd'hui publier en entier mon traité d'accouchement, vu les conditions déplorables de la main-d'œuvre et la cherté du matériel, j'ai voulu tenir au moins à demi la promesse faite à mes élèves de leur mettre entre les mains mon cours imprimé; je leur en offre quelques pages. J'ai choisi la partie de mes leçons que je crois la plus pratique pour le moment: *"Les suites de couches normales et pathologiques."* Ce choix s'explique assez facilement par le désir que j'ai toujours eu d'être utile à mes élèves, non-seulement lorsqu'ils sont sur les bancs de l'Université ou autour des lits des accouchées à la Maternité, mais surtout lorsqu'ils sont entrés en pratique.

J'ai conservé, dans mon livre, la forme et le fond que je donne à mes cours et à mes cliniques: c'est-à-dire qu'ici comme ailleurs je suis éclectique. Je cherche et je puise partout ce qu'il y a de meilleur. Je ne me suis jamais attaché uniquement à la science ou à l'art de tel ou tel pays. Je crois beaucoup à la science française qui inonde et éblouit le monde de ses rayons lumineux; mais j'aime aussi à m'éclairer parfois à la lumière d'autres astres, ne serait-ce que pour en comparer l'éclat ou la chaleur.

En obstétrique, mes auteurs favoris sont tout d'abord les auteurs français, et après eux les auteurs américains, dont les principaux, tout en ayant beaucoup emprunté aux premiers, ont cependant émis des théories et établi des principes qui donnent à leurs traités un cachet tout à fait spécial. Aussi peut-on dire qu'il existe aujourd'hui une école d'obstétrique américaine comme il y en a une française. Le Français et les Américains sont ceux qui ont le plus contribué à ap-

porter à l'art obstétrical les perfectionnements qu'on y remarque depuis quelques années.

Je considère donc que je manquerais grandement à mon devoir de professeur si, dans mes cours et mes cliniques, je ne faisais pas la part de chacune de ces deux écoles. La supériorité de l'école française serait-elle assez marquée (ce qui n'est pas) pour jeter dans l'ombre l'enseignement américain, je devrais quand même faire une étude comparée des deux écoles. La raison en est bien simple. Comme Canadien-Français, enseignant dans une université canadienne-française, je dois, à mes élèves, de leur enseigner les principes de l'art obstétrical français, tout d'abord parce qu'il est français, et ensuite, et surtout, parce qu'il est comme le modèle auprès duquel on vient puiser de partout toutes les inspirations et les idées qui portent continuellement vers la perfection.

D'autre part, vivant à côté d'une université anglaise, dont la plupart des professeurs d'obstétrique sont allés se spécialiser aux Etats-Unis, je tiens à mettre mes élèves au courant des idées et des méthodes américaines, pour qu'ils puissent avantageusement discuter dans les assemblées et les congrès de médecins où ils se trouveront en contact avec des confrères de langue anglaise aux idées tout à fait américaines. En plus, beaucoup de mes élèves, sortis de l'Université, s'en iront s'établir dans une autre province du Canada ou dans une partie quelconque des Etats-Unis. Il leur faudra passer là de nouveaux examens sous la direction de professeurs de langue anglaise, qui n'ont probablement aucune notion de l'enseignement français. On voit de suite l'infériorité relative de l'examiné, qui n'a appris que les principes d'une école, devant l'examinateur qui lui aussi ne connaît que les théories de l'autre école. On ne l'ignore pas, chaque école a parfois des tendances exclusives. C'est ainsi que l'école américaine condamne absolument l'usage de la curette qu'elle a qualifiée de meurtrière, tandis que l'école française approuve trop librement l'emploi de cet instrument; c'est ainsi que

l'école française défend absolument l'administration de l'ergot après l'accouchement, tandis que l'école américaine conseille ce médicament à tout propos, après l'accouchement complet bien entendu; elle ne voit aucun inconvénient à son usage.

On comprend maintenant la supériorité de celui qui a suivi l'étude comparée des deux écoles française et américaine. Il fera facilement la part de l'exclusivisme de l'une et de l'autre écoles. En plus, il s'apercevra très vite que des méthodes et des signes, qui semblent bien réellement américains, ne sont en réalité que des méthodes et des signes bien français qui n'ont d'américain que le nom ou l'apparence. Je n'en veux pour exemple que ce signe que les Américains se sont plu à appeler *"le signe de Chadwick"*, comme si Chadwick, en 1885, avait fait une grande découverte. Ce fameux signe de Chadwick n'est autre que le signe connu des Français longtemps avant 1885, et baptisé par eux du nom de Jacquemier, accoucheur français mort en 1879. Ce signe c'est la coloration bleuâtre du vagin, symptôme précoce de la grossesse.

Mes cours et mes cliniques constituent donc dans l'intérêt de mes élèves une étude comparée de l'enseignement des écoles française et américaine. Comme le livre que je publie aujourd'hui n'est que la reproduction de mes cours, on ne s'étonnera pas d'y trouver des citations fréquentes de l'une ou de l'autre école. Le désir d'instruire mes élèves, de les mettre au courant d'idées, d'opinions, de théories parfois diamétralement opposées dont la mise en pratique conduit cependant au même but et atteint les mêmes résultats, a fait que je ne me suis jamais attaché à une pratique unique. Aussi mes élèves, qui ont suivi attentivement mes cours et mes cliniques, n'ouvrent pas des yeux ébahis, ou ne tendent pas une oreille étonnée, lorsqu'ils vont, dans la grande République voisine, suivre les cliniques et visiter les maternités; tout ne leur semble pas nouveau et merveilleux.

Ce livre n'est pas seulement une étude comparée

des diverses écoles d'obstétrique; il est de plus l'expression ou la mise en pages de ma longue expérience de trente années de service dans une grande maternité. Cette expérience de trente années de service et de professorat me donne le droit et l'entière liberté de critiquer les théories et les méthodes, de leur donner mon approbation ou d'en montrer les points faibles. J'ai usé ici si largement de ce droit que l'on trouve, presqu'à chaque page, mon opinion personnelle exprimée clairement et ma manière d'agir ou de traiter parfois carrément en opposition avec l'enseignement de telle ou telle école.

Ce livre, tout d'abord destiné aux étudiants, sera d'une utilité incontestable pour les gardes-malades et même pour les médecins avancés en pratique. J'ai pris plaisir à entrer dans une foule de détails que le jeune médecin ignore souvent et que le médecin plus âgé oublie trop facilement. On me saura gré, j'espère, d'être revenu sur des détails qui, pour moi, ont une importance capitale. Quand on aura lu le chapitre de la morbidité et de la mortalité, on louera la patience que j'ai mise à revenir sur des détails qui peuvent, à première vue, paraître fastidieux, mais qui ont certainement leur place bien marquée dans un livre comme celui-ci.

E.-A.-RENE de COTRET.

Montréal, 6 octobre, 1919.

s-
le
é.
o-
i-
n
sé
'à
e,
é-
le

ra
et
is
ne
u-
re
ce
té
à
a-
ce

ERRATA

Page 252, au lieu de chapitre V, lire chapitre IV.
Page 279, au lieu de chapitre VI, lire chapitre V.
Page 288, au lieu de chapitre VII, lire chapitre VI.
Page 295, au lieu de chapitre VIII, lire chapitre VII.

SUITES DE COUCHES NORMALES ET PATHOLOGIQUES

SUITES DE COUCHES

On désigne sous le nom de *suites de couches, d'état puerpéral, de puerpéralité, de puerperium, de post-partum,* la période qui s'étend de la fin de la délivrance jusqu'au retour des organes génitaux et de tout l'organisme à leur état normal. Il ne faut pas prendre ce mot *normal* dans le sens absolu, parce que l'utérus conserve toujours un volume plus considérable qu'avant la grossesse. Cet état normal est un état particulier à la femme qui a été enceinte.

Cette période, qui est caractérisée surtout par la *régression* ou involution utérine, dure de six à sept semaines ; mais elle peut être plus courte ou plus longue. Chez la femme qui allaite, elle serait de quatre semaines, et de six semaines chez celle qui ne nourrit pas. Pour Auvard, cette période de régression utérine, qui constitue le quatrième terme de la maternité, comprend trois

mois et se divise en deux stades, dont *l'un, apparent,* pendant lequel on peut suivre l'utérus dans son retrait graduel et qui s'étend jusqu'à la réapparition de la menstruation ou retour des couches; et dont *l'autre, latent,* où le microscope seul révèle l'état incomplet du retour à l'état normal, et qui va jusqu'à la fin du troisième mois.

Bien que les changements qui s'opèrent pendant le post-partum soient considérés comme physiologiques, ils côtoient cependant de très près l'état pathologique, puisque, dans aucune autre circonstance, le métabolisme des tissus n'est aussi rapide et aussi marqué sans qu'il n'y ait déviation de l'état de santé. Aussi la dominante de cette période est la menace d'infection, comme le fait caractéristique en est la blessure génitale, qui s'étend souvent de la plaie placentaire à la vulve. L'état physiologique peut devenir si rapidement pathologique que l'accoucheur doit être constamment sur ses gardes, jusqu'à ce que tout danger soit passé.

Ainsi les suites de couches peuvent être *physiologiques*: la régression s'accomplira sans troubler l'état de santé de la femme; elles peuvent être *pathologiques*: la régression est entravée par des accidents puerpéraux plus ou moins graves.

PREMIERE PARTIE

Suites de couches physiologiques

Les phénomènes des suites de couches se divisent: I, en anatomiques et II, en physiologiques.

Les phénomènes anatomiques comprennent toutes

les modifications organiques qui s'opèrent dans l'utérus et ses annexes.

Les phénomènes physiologiques comprennent toutes les modifications fonctionnelles observées dans le puerperium. Ce sont des phénomènes cliniques avec des symptômes locaux, des symptômes généraux et des modifications des divers appareils de tout l'organisme.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomique et histologique

Il y a lieu de considérer les modifications des organes génitaux externes: vulve et périnée, et celles des organes génitaux internes: vagin, utérus et annexes.

L'organisme, qui a construit pendant la grossesse, se va détruire pendant le post-partum; il y a eu hypertrophie et ramollissement des tissus, surtout à l'utérus, il y aura désormais atrophie et dégénérescence graisseuse plus marquées aussi à l'utérus.

ARTICLE Ier

VULVE.—PERINEE.—Après l'accouchement les organes génitaux externes sont souvent, surtout chez les primipares, meurtris et oedématiés; ils sont le siège d'éraillures ou de déchirures plus ou moins étendues. Ces lésions peuvent atteindre le périnée, les grandes lèvres, les nymphes, la muqueuse vulvaire, le méat urinaire, le vestibule et l'une des branches du clitoris.

L'hymen, qui avait été seulement fissuré au niveau de son bord libre au moment du coït, est déchiré presque fatalement sur la ligne médiane, en arrière et sur les

côtés. Les débris de l'hymen déchiré vont se rétracter, se cicatriser isolément et constituer les caroncules myrtiformes.

L'élasticité des tissus, qui a permis la distension de la vulve, en assure le retrait après l'accouchement. La tuméfaction disparaîtra vite et l'orifice vulvo-vaginal se reformera, mais il restera plus large. Si les plaies de ces régions sont réparées et surveillées attentivement, elles se cicatriseront rapidement et ne laisseront qu'une ligne blanchâtre très attenuée. Si la réparation n'est pas opérée immédiatement ou si les plaies s'infectent, la guérison par granulations laissera de grandes cicatrices très apparentes qui changeront complètement l'apparence de la vulve.

Petit à petit les veines variqueuses diminueront de calibre. La pigmentation de la vulve s'atténuera.

VAGIN.—Les parois du vagin, distendues par le passage du fœtus, sont relâchées. Elles sont presque toujours fissurées et quelquefois déchirées même profondément. La muqueuse est lisse, flasque; les rides sont disparues.

Pendant les semaines qui suivent l'accouchement, le vagin se raccourcit et se rétrécit surtout dans sa partie inférieure. Cependant l'orifice vaginal tend à rester plus ouvert principalement à sa partie postérieure, et souvent il reste un certain prolapsus des parois vaginales. Les colonnes reparaissent; les plis vaginaux se reconstituent, mais jamais aussi nombreux ni aussi profonds qu'avant la parturition. Les progrès de l'involution sont plus marqués près de l'orifice vaginal qu'à la portion supérieure.

UTERUS.—Les modifications que subit l'utérus portent le nom d'involution ou régression utérine. Elles sont particulièrement importantes au niveau du corps. Ces modifications sont d'ordre macroscopique et d'ordre histologique.

ARTICLE II

MODIFICATIONS MACROSCOPIQUES.—Aussitôt après la délivrance, l'utérus, formant le globe de sûreté, est dur et régulièrement arrondi au niveau de son fond, qui est situé entre l'ombilic et le pubis. Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme. Par suite de son déplacement antérieur, ses ligaments et ses attaches vaginales sont si lâches qu'on peut promener l'utérus d'un endroit à l'autre de l'abdomen, le remonter aussi haut que le foie et l'abaisser assez pour en montrer le col hors de la vulve.

L'utérus pénètre dans l'excavation et s'antéfléchit sur le segment inférieur. Il est d'ordinaire dévié à droite, quelquefois à gauche. Il se divise en deux portions, dont l'une, supérieure, a des parois compactes, épaisses de trois à quatre ou cinq centimètres: c'est le corps de l'utérus. L'autre portion ou moitié inférieure correspond au canal cervico-segmentaire ou canal de Braun; elle est mince; son épaisseur est de 8 à 10 millimètres. A l'union de ces deux portions, l'épaisseur des tissus est très tranchée. Le segment inférieur et le col se continuent sans ligne de démarcation apparente. Ils sont tous deux minces et sans consistance.

A l'endroit où était situé le placenta, la paroi utérine est d'abord plus mince qu'ailleurs; puis sous l'in-

fluence des contractions, elle devient plus épaisse. On peut reconnaître facilement cet endroit par la surface plus élevée, présentant des saillies plus ou moins volumineuses. On ne doit pas prendre ces saillies pour des débris de cotylédons. La caduque au niveau de la surface placentaire est irrégulière, mamelonnée, brun rougeâtre, recouverte de caillots cruoriques ou fibrineux qui s'enfoncent comme des bouchons dans les sinus veineux. En dehors de cette surface placentaire, la caduque présente une membrane mince, gris rougeâtre, manquant par place.

Après la délivrance, l'utérus *pèse* de 1,000 à 1,500 grammes; au bout de deux jours, 750 grammes; après une semaine, 500; après 15 jours, 375 grammes et 50 à 60 grammes, après six à huit semaines.

Les *dimensions* de l'utérus paraissent varier quelque peu suivant les auteurs; cela dépend du point de départ de la mensuration. Quelques auteurs ont pris le pubis comme point de repère premier de la mensuration; ils ont mesuré extérieurement; d'autres se sont servis de l'hystéromètre.

J'ai l'habitude de mesurer la hauteur du fond de l'utérus en prenant l'ombilic comme point de repère. Si l'ombilic n'est pas toujours à l'endroit normal, il est facile de s'en apercevoir et d'en indiquer l'emplacement par un point fait au crayon. L'ombilic est à égale distance entre l'appendice xiphoïde et le pubis. Voici ce que j'ai constaté le plus souvent, si tout est normal et si la femme est primipare: aussitôt après l'expulsion de l'enfant, le fond de l'utérus est à l'ombilic; après la délivrance, il est à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic; douze à quinze heures plus tard il est remonté à l'om-

bilic. Pendant les douze jours suivants, il diminuera graduellement en moyenne de ¾ de centimètre à un centimètre par jour ; de sorte qu'il atteindra le bord du pubis vers le douzième jour.

Edgar, Temesvary et Autefage ont mesuré la hauteur de l'utérus à partir du pubis.

	Edgar	Temesvary	Autefage
Après la délivrance	15.80 cm.	10.91 cm.	
1er jour	12.90 cm.	13.55 cm.	12.5 cm.
2e "	11.30 cm.	12.45 cm.	10.5 à 11 cm.
3e "	11.10 cm.	11.16 cm.	10 cm.
4e "	9.52 cm.	10.21 cm.	8.5 à 9 cm.
5e "	8.48 cm.	9.29 cm.	7.5 à 8 cm.
6e "	8.00 cm.	8.22 cm.	6.4 à 7 cm.
7e "	7.40 cm.	7.61 cm.	6 à 6.5 cm.
8e "	6.40 cm.	7.32 cm.	5 à 5.5 cm.
9e "	6.00 cm.	....	4 à 4.5 cm.
10e "	5.60 cm.	....	3 à 3.5 cm.
11e "	....	....	2 à 2.5 cm.

La largeur de l'utérus prise à l'insertion des deux trompes, d'après Temesvary et Autefage serait la suivante :

	Temesvary	Autefage
Après la délivrance	11.05 cm.	....
1er jour	12.27 cm.	12.5 cm.
2e "	11.71 cm.	12 à 12.5 cm.
3e "	10.93 cm.	11 à 11.5 cm.
4e "	10.27 cm.	10 à 10.5 cm.
5e "	9.66 cm.	9 à 9.5 cm.
6e "	8.96 cm.	9.5 à 9 cm.
7e "	8.32 cm.	8 à 8.5 cm.
8e "	8.19 cm.	7.5 à 8 cm.
9e "	....	6.5 à 7 cm.
10e "	....	6.5 à 7 cm.

On peut admettre en général que, si l'involution est normale, le fond de l'utérus disparaît dans le petit bassin du neuvième au douzième jour des suites de couches, et que, lorsque la régression est plus lente, le

phénomène n'est apparent que du douzième au quinzième jour.

Pourquoi l'utérus aussitôt après la délivrance est-il moins volumineux qu'il le sera vingt-quatre heures plus tard? Aussitôt après la délivrance, l'utérus nous donne exactement l'image d'une éponge comprimée par une main qui se resserre fortement de temps à autre. Aussitôt après la délivrance l'utérus est fortement rétracté et il est le siège de contractions très fréquentes. Il s'y produit une anémie due à la compression des vaisseaux sous l'influence de la rétraction et de la contraction fréquente des fibres musculaires. Douze à quinze heures plus tard l'éponge se gorge de sang, c'est-à-dire que la rétraction étant moins puissante et la contraction moins fréquente, les vaisseaux moins comprimés ont repris un calibre plus considérable et l'utérus augmente de volume, par suite de l'engorgement de ses parois et parfois à cause de la présence d'un caillot à l'intérieur. De plus le segment inférieur et le col se reformant repoussent l'utérus en haut.

A partir du deuxième jour la régression utérine va commencer véritablement. Elle se fera plus ou moins rapidement selon les femmes et les circonstances. Elle marche plus rapidement après les accouchements à terme, et chez les femmes qui allaitent. Parfois l'involution est très rapide, dépasse les limites physiologiques et constitue ce qu'on appelle la *super-involution;* l'utérus devient plus petit qu'il ne l'était avant la fécondation. Pour Budin, ces utérus hyper-involués sont des utérus infantiles, atrophiques, dans lesquels la grossesse a pu évoluer et qui reviennent à leur état primitif. D'autres fois, l'involution est en retard ou incomplète, c'est la

sub-involution; l'utérus reste gros, volumineux; ses parois sont épaisses. Les causes de la sub-involution sont l'infection la rétention de débris placentaires ou déciduaux, les troubles vasculaires locaux, les maladies générales infectieuses, l'obésité, les grossesses répétées, les déviations utérines.

La *consistance* de l'utérus change pendant les suites de couches. Dans les heures qui suivent l'accouchement, l'utérus est très dur; l'on a comparé sa consistance à celle de la pierre. Dans les jours suivants l'utérus présente des alternatives de contraction et de relâchement. A mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement, l'utérus reprend graduellement sa consistance.

L'utérus ne reprendra jamais sa *forme primitive.* Pendant les premiers jours des couches, il est globuleux; il diminue graduellement de volume; il s'aplatit d'avant en arrière, mais il reste légèrement bombé en tous sens.

La *situation* de l'utérus varie aussi pendant le puerperium. L'utérus est généralement incliné à droite, quelquefois à gauche; mais à mesure qu'il devient organe pelvien, cette inclination à droite ou à gauche diminue et finit par disparaître; l'utérus redevient organe médian et reprend son antéversion normale. L'antéversion peut s'exagérer et se compliquer d'antéflexion. Parfois l'utérus se place en rétroversion ou en rétroflexion. L'antéflexion, la rétroversion et la rétroflexion peuvent être une cause de lochiométrie, d'infection et de retard dans l'involution utérine.

SEGMENT INFERIEUR.—Le segment inférieur involue rapidement; il revient vite sur lui-même et disparaît au bout de quelques jours. Dès le troisième jour

on en trouve difficilement la trace et après le cinquième ou le sixième jour, il n'existe plus en tant que zone distincte de l'utérus. Il est redevenu ce qu'on appelle la portion isthmique de l'organe.

COL. — Immédiatement après l'accouchement, le col est difficilement reconnaissable d'avec le vagin. Les parois du col sont mollasses, flasques et pendent dans l'excavation. Chez les primipares, le pourtour de l'orifice utérin présente souvent une solution de continuité plus ou moins marquée, quelquefois bilatérale. Ses parois ont une épaisseur d'un centimètre et une longueur de 6 à 7 centimètres. On peut facilement les étirer jusqu'à 10 ou 11 centimètres.

Le col revient rapidement sur lui-même et se reforme. Les parois se rapprochent, deviennent plus fermes et reprennent peu à peu leur consistance normale. L'orifice interne se reforme le premier; le canal cervical se reconstitue et vers le quatrième jour le relief de l'arbre de vie est visible; enfin l'orifice externe revient sur lui-même. Au bout de vingt-quatre heures l'orifice interne est nettement marqué; après quatre jours il n'est plus perméable qu'à un doigt; son diamètre est de près d'un centimètre. L'orifice externe en a le double.

Vers le douzième jour le col a une longueur de 3 centimètres. Du 12e au 15e jour l'indicateur peut encore pénétrer dans l'orifice externe, mais il ne peut franchir l'orifice interne. Au bout de vingt et un jours, le canal est fermé. Dix à onze semaines après l'accouchement, le col est complètement reformé. Dans maintes circonstances, il faut un temps beaucoup plus

long pour que le col se reforme; mais le col n'aura jamais l'apparence qu'il avait chez la nullipare.

ANNEXES.—Les ovaires, les trompes, les ligaments larges, les ligaments ronds, qui s'étaient hypertrophiés pendant la grossesse, subissent des modifications régressives et reprennent peu à peu leur volume, leur direction et leur situation pelviennes primitives. Les deux feuillets des ligaments larges se rejoignent de nouveau. Chez la femme qui n'allaite pas, les ovaires reprennent leur fonction six à sept semaines après la parturition: la menstruation reparait.

GLANDE MAMMAIRE. — Contrairement aux autres organes, la glande mammaire, qui est considérée comme un organe génital externe, seule continue à se développer. Elle devra fournir le lait et permettre à la mère de nourrir son enfant.

ARTICLE III

Par quel mécanisme se produit la *régression utérine?* C'est ce que nous allons voir dans la description des modifications histologiques.

MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES.—MUSCLE. — Le retour de l'utérus à son état normal peut s'expliquer de différentes manières ou suivant les théories par lesquelles on a compris son hypertrophie pendant la grossesse.

On a vu, en parlant des modifications du muscle utérin pendant la gestation, que l'augmentation de volume de l'utérus est due, en grande partie, suivant Kilian, Kolliker, Schroeder, Retterer et Lelièvre, à l'hypertrophie des fibres musculaires et à la formation

de fibres nouvelles. Robin, Sanger et Helme n'admettent que l'hypertrophie des fibres.

Ainsi, d'après ces derniers auteurs, après la grossesse, il se fait un retour des fibres à leur état normal, sans qu'aucune d'elles ne soit détruite. Toutes les fibres persistent ; elles diminuent seulement de volume par disparition de l'excès de protoplasma. Il y a de même atrophie ou dégénérescence des fibres conjonctives et élastiques de la tunique musculaire.

Kilian, Heschl et Duncan croient que toutes les fibres qui ont existé pendant la grossesse disparaissent, dans le post partum, par dégénérescence graisseuse et résorption et qu'il se forme ensuite un organe complètement nouveau d'où cette expression si pittoresque: *"Le moule se brise, mais la forme reste"*. Si cette théorie est vraie, il y a un utérus nouveau pour chaque grossesse et il n'y a plus de frère utérin.

Kolliker pense qu'une partie des fibres seulement subit la dégénérescence graisseuse, hyaline, et la résorption, et que l'autre partie s'atrophie, les fibres cellules reprenant leurs dimensions primitives. C'est là l'opinion généralement admise aujourd'hui.

MUQUEUSE UTERINE. — La séparation du placenta et des membranes se fait à l'union de la portion compacte et spongieuse de la caduque; conséquemment il reste des débris déciduaux dans l'utérus, ce qui donne à la surface interne un aspect inégal, comme déchiqueté, parsemé de plaques jaunâtres, d'où partent des lambeaux filamenteux.

Cette portion de la caduque restée dans l'utérus comprend deux couches; l'une d'elles superficielle, qui avoisine la cavité, subit la dégénérescence graisseuse ou

la nécrose de coagulation, se désagrège, se détache et s'élimine avec les lochies; l'autre, adjacente au tissu musculaire et comprenant les culs-de-sac glandulaires, va donner naissance à la nouvelle muqueuse. Au fur et à mesure que l'utérus revient sur lui-même, la surface interne se nivelle, devient lisse; ses éléments se rapprochent; les glandes se tassent, s'allongent perpendiculairement à la paroi; l'épithélium des culs-de-sac glandulaires prolifèrent du fond à la surface, au-dessus des parois glandulaires, jusqu'à la partie la plus superficielle. Dès lors la nouvelle muqueuse est reconstituée.

Pendant les dix ou quinze premiers jours, c'est un processus de dégénérescence qui prédomine; mais après, la mitose apparaît et la régénération est rapide. La nouvelle muqueuse est complètement formée à la troisième semaine (sixième d'après quelques auteurs), excepté dans la région placentaire où le processus de régénération, qui est cependant le même, est plus lent.

LA MUQUEUSE DU COL n'est pas caduque; elle semble intacte. Ses plis qui s'étaient nivelés pendant l'accouchement, se reforment rapidement. Dès la deuxième semaine, elle a repris son aspect normal.

TUNIQUE SEREUSE. — La tunique séreuse, en dépit de son élasticité, ne peut pas suivre le retrait de l'utérus. Elle forme une infinité de rides très fines qui disparaissent rapidement. Le péritoine s'atrophie et se rétracte. Après huit jours la réparation est complète.

VAISSEAUX.—Pendant les derniers mois de la grossesse, il se forme des thromboses dans quelques-uns des sinus de la zone placentaire. Ce processus devient

plus marqué à la fin de la seconde et surtout de la troisième période de l'accouchement. Cependant tous les sinus de l'utérus ne sont pas thrombosés; quelques-uns ne sont que comprimés sous l'influence de la contraction utérine et sont atteints de dégénérescence graisseuse et de résorption.

Les thrombus s'organisent par prolifération des cellules de tissu conjonctif de la tunique interne, et finalement subissent la transformation hyaline. L'absorption du tissu hyalin est très lente; après des mois, des années même, on peut trouver à l'examen microscopique cette matière hyaline qu'on peut considérer comme caractéristique d'une grossesse antérieure.

Les sinus oblitérés sont remplacés par des capillaires de nouvelle formation.

LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES restent augmentés en nombre et plus volumineux. Il existe une large communication entre les lymphatiques de la muqueuse, de la musculeuse et de la sous-séreuse. Les stomates de cette dernière font communiquer les lymphatiques utérins avec la cavité péritonéale; d'où la possibilité du passage des germes infectieux de la surface de la muqueuse jusque dans la cavité péritonéale.

On ne connait rien ou presque rien des modifications régressives des *filets nerveux* et des *ganglions nerveux*.

CHAPITRE II

Phénomènes Physiologiques. Etude Clinique des suites de couches.

Nous étudierons dans ce chapitre les manifestations qui accompagnent le travail d'involution. Ces

manifestations se traduisent par : A, des symptômes locaux ; B, des symptômes généraux, et C, certains phénomènes qui se passent du côté des divers appareils.

ARTICLE I

PHENOMENES LOCAUX. — Les phénomènes locaux comprennent les lochies, les tranchées utérines ou arrière-douleurs, l'involution utérine, la montée laiteuse.

(a) *LOCHIES.* — Pendant les suites de couches, il se fait, hors des organes génitaux, un écoulement qu'on désigne sous le nom de lochies. Suivant la prédominance des hématies et des leucocytes, l'écoulement porte le nom de lochies sanglantes, sanguinolentes, séro-sanguinolentes, séreuses. Ces différents qualificatifs indiquent en même temps la plus ou moins grande quantité de sang que contiennent les lochies, et la couleur qu'elles ont aux différentes phases des suites de couches. Elles sont d'abord rouge vif, et passent successivement au rouge clair, au rose et au blanc.

Les lochies sanglantes ne durent d'ordinaire qu'un jour ou deux et coulent d'une manière constante ou intermittente, entremêlées parfois de petits caillots, ce qui n'a aucune importance ; il n'en serait plus de même si les caillots étaient plus volumineux et plus nombreux. Les lochies restent sanglantes ou le redeviennent par intermittence chez les femmes qui se fatiguent prématurément, ou dans les cas de constipation ou de rétention de cotylédons placentaires, etc.

Le troisième et le quatrième jour, les lochies contiennent des débris de la muqueuse ; les globules rouges

sont plus ou moins altérés et les globules blancs sont plus nombreux; les lochies sont sanguinolentes. Après, elles sont séro-sanguinolentes, et, le septième et le huitième jour, elles sont séreuses. Souvent le dixième ou onzième jour, quelquefois un peu plus tard, elles disparaissent complètement. L'écoulement lochial diminue un peu d'abondance au moment de la montée laiteuse, puis augmente après que le gonflement des seins a diminué.

Il n'est pas rare de voir augmenter ou reparaître l'écoulement sanguin le septième ou le huitième, le quinzième ou le vingt et unième jour. Ces deux dernières dates constituent ce qu'on appelle le *petit retour* de couches. Le véritable retour de couches se produit environ six semaines après l'accouchement.

La réaction des lochies est alcaline pendant les premiers jours; elle devient acide ou neutre à partir du septième ou huitième jour. Normalement, les lochies ont une odeur fade spéciale, *sui generis*. Pour Edgar, c'est une odeur de chair ou de sang frais; pour de Lee une odeur rappelant la chair vieillie ou dans certaines circonstances une odeur plus forte, comme celle de la transpiration. Chez certaines femmes, les lochies ont une odeur particulière, comme celle de leurs menstrues par suite de l'excrétion d'acides gras volatils. La présence dans les lochies des différentes variétés de microbes fait varier leur odeur. Aussi faut-il savoir distinguer par l'odorat la qualité des lochies, dépister de bonne heure l'infection et même la variété de l'infection.

La *quantité* des lochies varie suivant plusieurs circonstances. Hippocrate l'avait estimée à 1,300 grammes. D'autres auteurs admettent une quantité moins

considérable, 500 grammes environ dont les trois quarts s'écoulent durant les quatre premiers jours. D'après Gassner, la quantité totale serait de 1,485 grammes ainsi répartis : 1 kilogramme dans les quatre premiers jours, 0,280 grammes du quatrième au sixième jour, et 0,205 grammes jusqu'au neuvième jour inclusivement. Les femmes qui allaitent perdent moins que celles qui ne nourrissent pas leur bébé. Dans les conditions suivantes, les pertes sont plus abondantes : primiparité ; jeunes femmes ; femmes qui ont des menstrues abondantes ; grossesse gémellaire ; gros placenta ; opérations obstétricales avec lésions du canal génital ; rétention de cotylédon ou de membranes ; diète carnée généreuse ; alcoolisme ; hémophilie ; atonie générale ; subinvolution ; infection.

Les lochies sont sécrétées sur toute la hauteur du canal génital : utérus et vagin ; elles proviennent en majeure partie de la cavité utérine et des plaies obstétricales. Elles sont aussi fournies par les glandes utriculaires et cervicales et les appareils glandulaires du vagin et de la vulve.

Les lochies contiennent les éléments du sang provenant de la surface placentaire, des débris de caduque plus ou moins altérés, des cellules déciduales, des granulations graisseuses, des cellules épithéliales du vagin et du col, du *vernix caseosa,* du méconium, du lanugo.

Les lochies sanglantes sont constituées par du sang, des débris de membranes, des cellules déciduales et souvent de débris fœtaux : vernix caseosa, lanugo, méconium, des lames épidermiques dans le cas de macération de l'œuf.

Les lochies sangu[illegible]es contiennent du sang en

état de dissolution, des exudats des plaies, des globules sanguins rouges et blancs, des cellules déciduales en dégénérescence graisseuse, du mucus du col et du vagin et des micro-organismes.

Dans *les lochies séreuses* on trouve des quantités de cellules déciduales mononucléaires, rondes, irrégulières, fusiformes, en état de dégénérescence, des leucocytes normaux ou altérés, des cellules épithéliales, des cellules graisseuses ou des débris provenant de l'utérus ou des plaies génitales, du mucus, des cristaux de cholestérine, le Trichomonas vaginalis, et des myriades de micro-organismes.

L'analyse chimique montre dans les lochies la présence de l'albumine, de la mucine, de graisse saponifiable, des chlorures, des phosphates alcalins, du fer, des sels de chaux. Les parties solides varient de 267,6 à 268 pour 1,000.

Bactériologie des lochies.—On trouve toujours des micro-organismes dans les lochies qui s'écoulent de la vulve; mais on n'en rencontre pas toujours dans les autres parties du canal génital. Les recherches de Doderlein, de Kronig, de Winternitz, de Little et de Williams ont démontré que normalement les lochies prises directement dans l'utérus ne contiennent pas de microbes dans les premiers jours des couches. Pour Doderlein, Burckhard, Max et Little les lochies utérines sont stériles dans les premières vingt-quatre heures. Franz, Stolz, Bumm et Siegwart trouvent des microbes à cette époque dans 50 à 72 pour cent des cas. Après deux ou trois jours, l'utérus se peuple de micro-organismes. Tous les bactériologistes ont trouvé, après le quatrième jour, des microbes dans l'utérus dans des

proportions variant de 33 à 85 pour 100. Bumm et Seigwart prétendent que, avec des méthodes plus rigoureuses, on pourrait trouver des germes pathogènes chez toutes les accouchées.

Après la première semaine, l'utérus s'aseptise graduellement.

Les lochies vaginales contiennent des bactéries en plus grande fréquence et en plus grand nombre après le premier jour des couches. Kronig a démontré que les lochies vaginales normales, quoique riches en parasites inoffensifs, ne contiennent pas de germes pathogènes, à l'exception du gonocoque. Les principaux microbes trouvés dans les lochies sont le streptocoque, le staphylocoque doré, le colibacille, le bactérium termo, des cocci et des bactéries anaérobies. On trouve des protozoaires (Trichomonas vaginalis).

Fabre a démontré, par les cultures sur *blut-agar*, la fréquence du streptocoque hémolysant. Aussi Fabre nous met-il en garde contre les porteurs sains de streptocoques. Ces streptocoques, inoffensifs chez certaines femmes qui paraissent saines, deviennent dangereux et peuvent entraîner la mort rapide, lorsqu'ils sont inoculés dans le vagin d'une autre accouchée.

Malgré la présence presque constante des germes dans le vagin presque immédiatement après l'accouchement, et dans l'utérus à partir du quatrième jour, il n'existe pas toujours de fièvre. Pourquoi?

Premièrement, parce que les germes ne montent pas en général dans l'utérus où se trouve la grande plaie obstétricale, avant le quatrième jour. Alors la barrière de granulations protectrice est formée sur l'endomètre. Du côté du vagin, l'épithélium protège ce canal contre

l'invasion des germes. Mais si des manœuvres imprudentes lèsent la couche protectrice, l'infection des vaisseaux sanguins ou lymphatiques se fait rapidement.

Secondement, les germes ont peu de virulence, ou l'accouchée a beaucoup de résistance, ou possède une certaine immunité qui la protège. Si la santé de la femme est affaiblie soit par l'hémorragie, l'éclampsie ou le choc obstétrical, ou si la résistance locale est diminuée par des plaies, les bactéries exaltent leur virulence et envahissent l'organisme.

(b) *TRANCHEES UTERINES*.—Les tranchées utérines qu'on appelle aussi coliques utérines, arrière-douleurs, contractions utérines post-partum, sont des contractions utérines qui se manifestent pendant les premiers jours des couches. Elles sont généralement indolores chez les primipares, et plus ou moins douloureuses chez les multipares. Chez ces dernières, elles provoquent quelquefois des douleurs extrêmement violentes. Elles sont d'autant plus fortes que la parité est plus grande. Dans quelques cas, chez les femmes nerveuses, elles peuvent provoquer des malaises aboutissant à la syncope; tel est le cas d'une dame que j'ai été appelé à traiter à la campagne. Cette malade était accouchée à quatre heures de l'après-midi. Presqu'aussitôt après la délivrance, elle présenta des symptômes d'hémorragie grave: extrême rapidité du pouls, pâleur mortelle, lipothymies allant presque jusqu'à la syncope. A mon arrivée auprès de cette malade, à huit heures du soir, je constate les symptômes suivants: grande pâleur des téguments, rapidité du pouls considérable et augmentant davantage par intervalle, globe de sûreté bon, pas d'hémorragie externe. Je crus d'abord à une hémorragie interne par

rupture du segment inférieur de l'utérus, ou à une contracture utérine trop intense. Je tins ma main sur l'utérus pendant quelques minutes et je m'aperçus vite que tous ces symptômes étaient dûs à la contraction énergique non-douloureuse de l'utérus. Je fis une piqûre de morphine, et, quelques minutes après, la malade reposait, le pouls se ralentissait et la pâleur des téguments faisait place à des couleurs moins effrayantes.

Dans d'autres circonstances, les tranchées, douloureuses ou non, s'accompagnent de vomissements tenaces, opiniâtres.

C'est la morphine qui agit le mieux dans ces derniers cas, contre le symptôme syncope ou vomissement.

Les tranchées utérines sont intermittentes et ont une durée variable d'une demi-minute à une minute et même plus. Elles s'accompagnent de changement de forme et de consistance de l'utérus; elles s'irradient sur les parties latérales de l'utérus, dans la région lombaire et quelquefois dans les cuisses. Elles sont d'abord très intenses, s'éloignent peu à peu, et diminuent d'intensité; elles se font sentir d'ordinaire pendant trente-six ou quarante-huit heures; elles persistent souvent plus longtemps. Dans ce dernier cas, on peut croire à une rétention de débris placentaires, de membranes ou de caillots. Les tranchées sont suivies d'un écoulement de sang ou de liquide sanguinolent ou de l'expulsion de caillots.

Le palper, certains mouvements de l'accouchée, l'allaitement, la réplétion de la vessie ou du rectum, provoquent les tranchées ou augmentent leur intensité.

La différence dans la sensation douloureuse chez

la primipare, la multipare et la grande multipare est due à ce que, d'une part, chez la primipare, l'utérus demeure en état de rétraction et de contraction tonique pendant le post-partum, et que par conséquent il y a moins de facilité à la formation d'un corps étranger dans la cavité utérine; d'autre part, chez la multipare, l'utérus ayant perdu sa tonicité première et par conséquent la rétraction permanente ne pouvant se maintenir, il se fait une rétention de caillots plus ou moins considérables, dont l'organe cherche à se débarrasser par des contractions plus énergiques, plus fréquentes et plus douloureuses. Plus la femme est avancée dans la multiparité, plus l'utérus a perdu de sa tonicité, et nécessairement plus la rétention des caillots est facile, et aussi plus les contractions sont douloureuses et persistent plus longtemps.

Certaines circonstances favorisent les contractions douloureuses chez les primipares et augmentent leur intensité chez les multipares, par exemple : la distension exagérée de l'utérus par grossesse multiple ou hydramnios, la lenteur et les difficultés de l'accouchement, l'atonie de l'utérus, les gros placentas, la rétention de corps étrangers, les inflammations de l'organe.

Une remarque, en passant ; d'après Fabre, dans les cas d'infection à streptocoques surtout, les contractions disparaissent presque complètement.

(c) *INVOLUTION UTERINE.* — Pendant les suites de couches, il faut suivre attentivement la régression utérine par le palper abdominal. Dans l'évaluation de la hauteur de l'utérus, il faudra tenir compte de la réplétion de la vessie ou du rectum, se souvenir que l'utérus de la grande multipare est toujours plus gros

que celui de la primipare, se rappeler qu'un fibrome ou une tumeur quelconque peut en augmenter le volume, etc.

(d) *MONTEE LAITEUSE. — SECRETION LACTEE.* — Pendant la gestation, les mamelles ont subi les transformations que nous connaissons. Elles laissent suinter, par la pression du mamelon, quelques gouttelettes de colostrum. Cette sécrétion, tout en augmentant vers la fin de la grossesse, ne dépasse pas, en général, quelques gouttes. Elle reste à peu près la même pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures du post-partum. Le colostrum, qu'on fait sourdre du mamelon, est un liquide séreux, filant, grisâtre, avec des stries jaunâtres.

De tous les mammifères, la femme est la seule chez qui la sécrétion lactée ne s'établit qu'après le deuxième ou le troisième jour des couches; chez les autres, elle apparaît pendant le part ou dans les premières heures qui suivent. Chez la femme, la région mammaire ne subit aucune modification pendant à peu près quarante-huit heures. A la fin du deuxième jour, le plus souvent dans le courant du troisième ou du quatrième jour, parfois plus tard, la glande mammaire entre en pleine suractivité et l'on voit survenir des phénomènes nouveaux, tant locaux que généraux; c'est la sécrétion lactée qui s'établit. L'ensemble de ces phénomènes porte le nom de *montée laiteuse ou montée de lait.*

Les *phénomènes locaux* sont l'accroissement de volume et l'augmentation de consistance des mamelles, l'écoulement du lait et les modifications du mamelon.

Les seins augmentent de volume, deviennent turgescents, tendus, fermes, parfois très durs. Ils sont le-

siège de picotements ou même de douleurs très fortes. Le gonflement des seins et des tissus voisins est parfois si considérable, et les mamelles sont si douloureuses que la malade est obligée de se tenir les bras écartés du tronc. La femme sent comme deux poids brûlants sur sa poitrine. Sous la peau tendue et lisse, on voit, chez certaines femmes, les veines souscutanées se dessiner sous forme d'un lacis très accentué, indice d'une montée laiteuse de bon augure. La peau prend quelquefois une teinte rouge ou bleuâtre.

Par la palpation, on sent les lobules glandulaires qui se prolongent dans toutes les directions et même jusque dans la région axillaire.

Quand les seins sont bien gonflés, le mamelon au contraire, est moins saillant, souvent enfoncé et la bouche de l'enfant le saisit difficilement. Parfois il se produit chez la primipare un œdème, en général localisé à l'aréole, mais qui se prolonge au-delà dans certains cas.

La distension du sein n'est pas due uniquement au lait, elle dépend du gonflement des cellules glandulaires et de l'engorgement des lymphatiques qui préparent tous deux la formation du lait.

Le gonflement n'est pas le même chez toutes les femmes ; il est, en général, plus considérable chez les primipares. Chez certaines femmes, il est peu marqué ou même presque nul. Chez les multipares, la sécrétion lactée commence plus à bonne heure, parfois à la fin des douze premières heures des couches et les symptômes locaux sont moins apparents.

La sécrétion lactée s'établit spontanément sans aucune irritation externe, mais la succion de l'enfant l'ac-

tive. Quand l'enfant meurt avant d'avoir pris le sein de la mère, la montée laiteuse n'en est pas moins considérable.

On a cherché la cause de la sécrétion lactée tour à tour dans le placenta fœtal, dans le fœtus, dans l'utérus, dans l'œuf, placenta et fœtus. Pour Bouin et Ancel, c'est une hormone spéciale fournie par la glande myométriale. La sécrétion déclanchée est entretenue par la succion du nouveau-né. La glande mammaire ne se développera pas en entier dès les premiers jours. Le développement sera graduel et proportionné au besoin de l'enfant.

La montée laiteuse peut s'accompagner de *quelques symptômes généraux*: céphalée, bouffées de chaleur, soif vive, légère accélération du pouls. Ces symptômes généraux, de même que l'existence des symptômes locaux très marqués, n'indiquent pas qu'il existe de la *fièvre de lait*. L'accord est unanime aujourd'hui parmi les médecins sur la non-existence de la fièvre de lait. Les médecins américains, comme les autres, ne croient plus à la fièvre de lait. "Bien que les seins, dit de Lee, soient le siège de tuméfaction, de douleur, de chaleur et de rougeur, le phénomène n'a rien à faire avec l'inflammation; la patiente n'a pas de température, ou, tout au plus, un demi degré F. Il n'y a rien de tel que la *fièvre de lait.*"

Plus on vieillit dans la pratique, surtout la pratique hospitalière, moins on croit à la fièvre de lait. Quand la température s'élève dans les suites de couches, pendant la montée laiteuse, il faut penser de suite à une infection puerpérale. Que les seins soient très tendus, très douloureux, que la malade soit excessivement ner-

veuse, peu importe; tout cela a rarement de l'influence sur la température, et ce n'est que par exception que la température s'élève temporairement de quelques dixièmes de degré. Peut-être que la douleur et l'irritation nerveuse agiraient sur la température, comme un accès de colère, une très mauvaise nouvelle.

Que la température s'élève dans des cas tout-à-fait exceptionnels, c'est possible; mais en règle générale, et pour ainsi dire toujours, la température plus ou moins élevée pendant la montée laiteuse, dépend de toute autre cause que de la montée du lait. On en trouvera presque toujours la raison dans le tractus génital, soit à la vulve, soit au vagin, soit surtout dans l'utérus même; j'en ai donné maintes et maintes fois la preuve à la clinique. Voici comment on explique facilement cette élévation de la température pendant la montée laiteuse, et son abaissement coïncidant avec la diminution de la congestion de la mamelle: il est resté dans l'utérus des lambeaux de membranes, des caillots; ces lambeaux, ces caillots vont s'infecter facilement, si toutes les précautions antiseptiques n'ont pas été prises au moment de l'accouchement; c'est après quarante-huit heures, c'est-à-dire au moment de la montée laiteuse, que l'infection va se manifester par une élévation de la température. Douze heures après, les seins sont plus durs, plus turgescents, la température est plus élevée; encore douze heures après, les seins se ramollissent, la sécrétion lactée est établie, l'enfant a pris le sein qui a diminué de volume, la température s'est abaissée. Il n'y a pas eu fièvre de lait, il y a eu simple coïncidence d'une infection légère et passagère avec l'établissement de la sécrétion lactée. Le corps étranger, membranes ou caillots,

resté dans l'utérus a excité des contractions; la succion exercée sur le mamelon par la bouche de l'enfant a réveillé ces contractions ou les a renforcies, en conséquence, le corps étranger a été expulsé. La cause de l'infection ou de l'intoxication est disparue; la température a baissé, non pas parce que la montée laiteuse a passé son stade de température, mais parce que le corps étranger qui causait l'infection passagère a disparu, ou parce qu'une infection légère et localisée au vagin a été guérie rapidement grâce à la résistance de la patiente.

Une autre preuve que l'établissement de la sécrétion lactée n'occasionne pas de température, c'est que jamais on n'observe cette élévation de température le matin alors même qu'à cette heure la femme est dans le plus fort de la montée laiteuse. Quand il y a élévation de la colonne mercurielle le troisième et le quatrième jour, cette élévation est toujours plus marquée le soir que le matin, alors que très souvent la congestion et tous les symptômes locaux du côté du sein sont plus marqués, plus apparents le matin que le soir.

Ainsi ne croyons plus à la fièvre de lait; quand il existe une élévation de température le troisième ou le quatrième jour, cherchons-en la cause ailleurs qu'aux seins; on ne la trouvera jamais aux seins.

Blot a attiré l'attention sur un phénomène qu'il rattache à la sécrétion lactée. Il a signalé la *glycosurie* qui apparaît au moment de l'établissement de la sécrétion lactée et se continue pendant tout le temps de l'allaitement. Lecomte, Sinéty et d'autres auteurs ont constaté le même fait. Pour Commandeur et Porcher, le sucre éliminé est formé par de la *lactose*, et la quantité sécrétée est directement en rapport avec l'allaite-

ment maternel. Cette lactosurie est le résultat de la résorption par les voies veineuses et lymphatiques de la lactose produite dans la mamelle. La lactosurie ne se produira qu'autant qu'il y aura surproduction ou stase dans la glande. On peut voir également de la graisse s'éliminer par les reins.

COLOSTRUM ET LAIT.—Pendant la grossesse et pendant les deux premiers jours des couches, si l'on exerce une pression à la base du mamelon, on fait sourdre le colostrum, mais le troisième jour c'est du lait qui sort. Histologiquement parlant, le colostrum n'est remplacé par le lait que 6 à 7 jours après la naissance. Quelle différence y a-t-il entre le colostrum et le lait?

COLOSTRUM. — Le colostrum est un liquide séreux, filant, grisâtre, avec des stries jaunâtres. Le colostrum est une émulsion imparfaite, un lait non complètement élaboré, plutôt c'est l'ébauche du lait véritable. Le colostrum a une réaction alcaline. Sa densité est de 1,040 à 1,060. Il renferme une assez grande quantité de matière azotée. Cette dernière est constituée surtout par de l'albumine; la caséine est peu abondante.

La proportion de caséine augmente peu à peu jusqu'au moment de la sécrétion lactée proprement dite. La lactose, d'abord en très petite quantité, augmente peu à peu; le beurre existe dès le début, mais en quantité variable; les sels sont plus abondants que dans le lait.

Le microscope montre dans le colostrum quelques cellules d'épithélium pavimenteux, des granulations très fines de caséine, des globules gras, des corpuscules du colostrum, des débris nucléaires, des leucocytes. Les

globules de graisse sont semblables à ceux du lait. En outre on trouve des globules graisseux très petits, mal formés, souvent agglutinés. L'élément le plus important est représenté par des cellules spéciales, caractéristiques du colostrum, que Donné a appelées corps granuleux, et Henle corpuscules du colostrum. Ce sont des éléments sphériques, mûriformes, volumineux, parfois presque géants. Ils sont constitués par des granulations graisseuses de volume variable et du protoplasma granuleux enfermés dans une membrane d'enveloppe dans laquelle se trouve un noyau gros et presque toujours unique.

Les corps nucléaires en croissant sont des débris de noyau qui ont la forme semi-lunaire.

Les leucocytes polynucléaires sont plus petits que les corpuscules du colostrum.

Le globule gras du colostrum est élaboré dans l'épithélium de la glande; il est excrété au moment de la déhiscence de la cellule épithéliale. Les leucocytes arrivent dans la lumière des alvéoles glandulaires par diapédèse. Les corps nucléaires proviennent probablement des corpuscules du colostrum. Les corpuscules du colostrum seraient, d'après le plus grand nombre d'auteurs, d'origine leucocytaire. Très peu croient à leur nature épithéliale.

Quand on examine le colostrum entre le moment de l'accouchement et celui de la premiète tétée, les éléments qui dominent sont les leucocytes; les corpuscules du colostrum sont moins abondants. Quand la femme allaite, après la première tétée, les corpuscules du colostrum subissent des modifications importantes. Le cin-

quième ou sixième jour, les corpuscules du colostrum ont disparu, ou leur nombre devient négligeable.

Le lait reprendra les caractères du colostrum quand l'allaitement sera suspendu ou quand la mamelle sera vidée incomplètement.

LAIT.—Le lait humain proprement dit est un liquide blanc, opaque, crémeux, présentant quelquefois des reflets jaunâtres ou bleuâtres. Le lait est une véritable émulsion dans laquelle se trouvent des gouttelettes graisseuses dissociées. Le lait a une odeur caractéristique; une saveur légèrement sucrée; une réaction alcaline; une densité de 1,028 à 1,034.

Lorsque le lait est abandonné à l'air, il présente assez rapidement une réaction neutre, puis acide. Pendant la menstruation ou les troubles pathologiques de la glande mammaire, il a une réaction neutre et même acide.

Le lait est un aliment complet; il peut suffire seul à la nutrition. Il contient tous les matériaux nécessaires et dans les proportions voulues.

Le lait contient des enzymes ou ferments vivants que le plus habile chimiste ne peut ni découvrir ni imiter. Les ferments donnent au lait ses qualités nutritives. Le lait contient des anticorps contre l'infection. Jochman a trouvé dans le colostrum un ferment protéolytique. Il est cliniquement démontré que les enfants nourris au sein résistent mieux que ceux nourris artificiellement à toutes les infections. De Lee a vu des enfants apportés à l'hôpital dans un état de collapsus, se ranimer promptement après quelques tétées au sein, comme si un cordial énergique leur avait été administré. Wassermann a prouvé que le sérum sanguin de l'enfant

nourri au sein possède un pouvoir bactéricide beaucoup plus puissant que celui des enfants élevés à la bouteille.

Quel est le mécanisme de la sécrétion laiteuse?

Le lait est le résultat d'une prolifération cellulaire considérable de l'épithélium des acini glandulaires, d'un gonflement énorme de tous les éléments cellulaires aux dépens des liquides hématiques en circulation au moment de la lactation, et d'une transformation sous l'influence spécifique du noyau, de tout le protoplasme cellulaire ainsi enrichi." (Keiffer).

"Au sujet du mécanisme par lequel l'épithélium mammaire sécrete le lait, deux opinions sont en présence, dit Marfan: d'après la première, la mamelle est une glande holocrine; d'après la seconde, une glande mérocrine."

"Longtemps, continue Marfan, on a assimilé la sécrétion des glandes mammaires à celle des glandes sébacées. On supposait que l'épithélium mammaire se gonfle, s'infiltre de graisse et de divers principes, puis éclate, se déchire, mettant en liberté des globules gras, de la matière protéique, du lactose; le noyau tombe lui-même dans la lumière et est éliminé avec tous les débris de la cellule dont la destruction donne le lait. Les cellules disparues sont remplacées par de nouveaux éléments, issus de la prolifération de l'épithélium situé à la profondeur contre la paroi. La glande mammaire serait donc une glande *holocrine*."

La théorie de Partsch et Heidenhain, qui a été l'objet de critiques, a cependant été adoptée par un grand nombre d'auteurs. "Etudiant, dit encore Marfan, les modifications anatomiques que subissent les cellules épithéliales de la glande mammaire de la chienne en

lactation, Partsch et Heindenhain ont vu que les cellules polyédriques se gonflent, deviennent sphériques et plus claires; les noyaux se multiplient, et on voit apparaître dans le protoplasma des gouttelettes de graisse qui font saillie vers la lumière de l'alvéole glandulaire en repoussant une certaine quantité de protoplasma; toute la partie saillante—gouttelettes de graisse et protoplasma—tombe dans la lumière du conduit glandulaire; le protoplasma se dissout dans le liquide sécrété, et le globule graisseux devient libre. Mais, pendant que la partie superficielle de la cellule est ainsi expulsée, la partie profonde—noyau et protoplasma—répare la perte de substance, régénère la cellule, et le même processus recommence aux dépens de la même cellule. L'épithélium sécrète donc le lait sans se détruire. Dans cette conception, la glande mammaire est une glande *mérocrine*."

"En réalité, dit Ribemont Dessaignes, la sécrétion lactée résulte de la fonte au moins partielle des cellules des conduits et des acini glandulaires."

Le lait est formé de deux parties: une solide et l'autre liquide. La partie solide est constituée par les globules graisseux visibles au microscope et par des granulations fines de caséine insoluble. Pour plusieurs ouvrages de chimie physiologique, ces granulations seraient phosphatiques et constituées par du phosphate tribasique de chaux. Les globules sont régulièrement sphériques de volume variable et n'ont pas de membrane d'enveloppe. Ils sont parfaitement émulsionnés dans le sérum du lait. Ces globules graisseux de beurre représentent un mélange de

nombreuses matières grasses; palmitine, stéarine, oléine, butyrine, etc.

La partie liquide, dépourvue des globules, est limpide et porte le nom de sérum. Le sérum est constitué par de l'eau contenant en dissolution la caséine, l'albumine, la lactose et les différents sels: phosphate de chaux, chlorures de sodium, de potassium, phosphates de soude, de magnésie, de fer, etc.

Le lait renferme des gaz libres: acide carbonique, azote, oxygène; il contient des ferments solubles ou zymases: l'amylase, la monobutyrinase ou lipase, des oxydases, un ferment dédoublant le salol, un ferment glycolytique et un ferment protéolytique.

Voici la composition moyenne du lait de femme, d'après Marfan: pour 1,000, caséine et albuminoïdes, 16; lactose, 65; beurre, 35; sels, 2.5; gaz dissous, 212 cc.; densité à + 15° 1,032.

La composition du lait au litre, d'après Grimbert, est la suivante:

	Maximum	Minimum	Moyenne
Densité	1035	1028	1031
Extrait	163.80	112.00	131.57
Beurre	61.80	17.50	39.05
Caséine	14.00	8.50	11.17
Lactose (anhydre) .	77.66	67.62	71.82
Sels	2.70	1.07	1.87
Substances indéterminées	11.07	4.26	7.66

La composition du lait varie, non seulement d'un jour à l'autre, mais suivant les heures de la journée et suivant le moment de la tétée. La quantité de lait produite en vingt-quatre heures est variable pour chaque

femme, et chez la même femme elle diffère suivant l'époque de l'allaitement. Elle est en moyenne de 1000 à 2000 grammes, mais peut s'élever jusqu'à 3 litres.

Certaines femmes n'ont pas de lait, c'est *l'agalactie;* d'autres ont du lait en telle abondance, qu'elles en sont épuisées, c'est la *galactorrhée.* L'habitude de nourrir favorise le développement des mamelles et la sécrétion lactée. Les femmes de bonne constitution, avec les cheveux noirs, ont généralement un lait plus riche et plus abondant que les blondes et les rousses. Les deux seins ne sécrètent pas exactement le même lait; la qualité et la quantité peuvent différer de l'un à l'autre et l'enfant a des préférences pour l'un ou pour l'autre.

Pendant la menstruation, chez les femmes qui nourrissent, le lait devient plus concentré. L'enfant est plus agité, crie souvent; il digère mal, les garde-robes sont moins jaunes, moins homogènes; le poids de l'enfant cesse de s'accroître.

La sécrétion lactée diminue généralement chez la nourrice qui devient enceinte; cependant chez certaines femmes le lait reste aussi abondant.

Une alimentation riche, abondante, substantielle communique au lait ses propriétés. Cependant ce qui profite n'est pas tant la quantité des aliments ingérés que la quantité digérée. L'abondance des boissons augmente la quantité du lait, mais en diminue la qualité.

L'influence du système nerveux est manifeste sur la qualité et sur la quantité de la sécrétion lactée. Les émotions vives, les chagrins communiquent au lait des propriétés qui peuvent provoquer des troubles de la digestion chez le nourrisson. Les maladies aiguës dimi-

nuent la quantité du lait et en augmentent les matériaux solides (caséine, beurre, sel).

Certaines substances ingérées par la mère passent dans le lait. Quelques-unes peuvent amener des accidents graves chez l'enfant. La plupart des purgatifs administrés à la mère purgent l'enfant. On retrouve dans le lait l'arsenic, l'iodure de potassium, l'iodoforme, le bismuth, le plomb, l'iode, le mercure, le phosphate de chaux, etc. L'alcool et les narcotiques administrés aux nourrices, même à très fortes doses, déterminent rarement, d'après certains auteurs, chez l'enfant, des phénomènes physiologiques spéciaux; la quantité qui passe dans le lait est si minime qu'elle est pour ainsi dire négligeable. Cependant quelques médecins ont observé des cas de narcotisme chez les enfants de nourrices ayant pris de la morphine, ou d'agitation chez ceux des nourrices faisant abus de l'alcool. Il en est ainsi de la digitale, de l'ergot, de l'antipyrine, du salicylate de soude, de la quinine. Le chloroforme et l'éther ont été retrouvés dans le lait au cours de l'anesthésie en proportion aussi forte, et quelquefois même plus forte, que dans le sang (Nicloux).

Il n'y a pour ainsi dire aucun aliment qu'on doive interdire à la nourrice; cependant, si, par suite de disposition particulière, certain aliment retentissait sur la santé de l'enfant, il faudrait le défendre.

L'action galactogène des médicaments est peu connue encore. Pour augmenter la sécrétion lactée on a donné de l'anis, du café, de la caféine, de la digitaline, du jaborandi, de la fenouil, du cerfeuil, du sureau, du polygala, de la strychnine, des extraits de placenta, etc.

On prétend que la cocaïne et le camphre diminuent la sécrétion lactée.

Le lait de la femme n'est pas toujours *stérile;* il contient souvent des microbes. Escherich a trouvé 24 fois le lait stérile chez 25 femmes bien portantes; Cohn et Neumann ont constaté au contraire 42 fois sur 43 des staphylocoques blancs, plus rarement dorés et 4 fois des staphylocoques pyogènes. Ringel, après de multiples examens, conclut que presque toujours le lait contient des staphylocoques blancs, rarement dorés, parfois des streptocoques. Genoud, de Lyon, prétend que, si l'on aseptise avec soin le mamelon et la peau environnante, et si l'on applique pendant deux jours un pansement au sublimé, le lait ne contient plus aucun organisme. Charrin a trouvé des staphylocoques blancs, 27 fois sur 41 nourrices bien portantes et dont les enfants étaient sains. Avant de recueillir le lait, il lavait soigneusement le mamelon et les nourrices faisaient sortir 30 ou 40 grammes de lait. Il est certain que les microbes pénètrent souvent jusque dans les gros vaisseaux galactophores.

Les microbes peuvent passer dans le lait quand la femme est atteinte d'une affection à microbe pathogène. Les toxines et les antitoxines microbiennes passent facilement dans le lait.

Examen du lait.—On ne peut connaître la composition exacte du lait que par une analyse chimique complète. Cependant l'accoucheur peut, en pratique, en faire un examen approximativement bon par des méthodes assez simples. Pour en connaître la gravité spécifique on se sert d'un petit hydromètre gradué de 1,010 à 1,040. Un urinomètre ordinaire peut servir

dans le même but. Le crémomètre de Holt nous donnera approximativement la quantité de matière grasse. Le papier litmus nous indiquera la réaction.

On peut mesurer ordinairement la quantité de lait sécrété par la glande mammaire, par la quantité de lait qu'on en retire avec un tire-lait; cependant il peut exister des causes d'erreur par ce procédé. Si l'enfant est obligé de rester au sein pendant quarante à cinquante minutes pour s'alimenter, il y a de grandes probabilités que la quantité de lait sécrété n'est pas abondante. Un sein mou, flasque, peut nous faire supposer la même chose. D'un autre côté, un sein dur, tendu, fait croire à l'abondance du lait. Mais le procédé le plus sûr, pour apprécier la quantité du lait sécrété, est de peser l'enfant avec une balance de précision, avant et après les tétées.

Quantité de matière grasse.—Un moyen pratique mais approximatif de déterminer la quantité de la matière grasse du lait est de se servir du crémomètre de Holt. Ce crémomètre est un cylindre en verre d'une capacité de dix centimètres cubes. Il est marqué d'une échelle de 100 degrés, commençant d'un côté par en bas et de l'autre par en haut. On emplit ce crémomètre de lait frais jusqu'à 0 ou 100 du haut.

L'échantillon du lait à examiner est pris soit après avoir mis l'enfant au sein pendant deux ou trois minutes, soit sans mettre l'enfant au sein, ce qui est préférable. Il faut vider complètement le sein. La composition du lait varie suivant la prise. Le premier lait tiré est légèrement plus riche en substance azotée et plus pauvre en matière grasse; c'est le contraire pour le dernier lait tiré.

On laisse reposer le crémomètre à la température de la chambre (66° à 72° F.), pendant 24 heures, puis on lit le pourcentage de la crème. Dans ces conditions, le rapport du pourcentage apparent de la crème au pourcentage réel de la matière grasse est très près de 5 à 3; ainsi 5 pour cent de crème indique que le lait ne contient en réalité que 3 pour cent de gras.

Le procédé de Babcock et celui de Feser nous donnent une réponse plus juste quand il est désirable de connaître exactement la quantité de la matière grasse. J'y reviendrai dans un instant.

Substances protéiques.—Il n'y a aucune méthode pour déterminer cliniquement le taux des substances protéiques. Mais comme l'on sait que le sucre et les sels sont pratiquement à peu près toujours du même taux et qu'ils n'affectent pas la gravité spécifique, on peut se faire une idée approximative des protéiques par la connaissance de la gravité spécifique et du pourcentage du gras. C'est ainsi qu'on saura s'ils sont en excès ou très insuffisants. Le taux moyen des protéiques est de 1.5%. La gravité spécifique moyenne est de 1.031. La gravité spécifique augmente quand le taux des protéiques est plus fort et elle diminue quand la matière grasse est plus considérable.

Procédé de Babcock.

Ce procédé exige l'emploi du centrifuge. On se sert d'un tube spécial, appelé "tube de Babcock pour dosage de la graisse dans le lait humain".

Technique:—A l'aide d'une pipette effilée, on introduit dans le tube 5cc. de lait (soit jusqu'au trait 5). Puis on ajoute de l'acide sulfurique pur (de densité

1.83) de façon à remplir le tube jusqu'à l'épaulement. On roule alors le tube entre les mains de façon à obtenir une mixture homogène du lait et de l'acide. On remplit alors le tube complètement avec un mélange à parties égales d'acide chlorhydrique pur et d'alcool amylique. On centrifuge le tube durant une à deux minutes et on lit le pourcentage de graisse sur la partie graduée du tube. Chaque division sur le col du tube correspond à 0.2% de matière grasse.

Procédé du "Lactoscope de Feser".

Le principe de ce procédé réside dans le fait que l'opacité du lait est due surtout aux globules gras en suspension dans le lacto-sérum. En déterminant le degré d'opacité du lait, on peut connaître approximativement la teneur du lait en graisse.

Technique:—Dans le lactoscope, on introduit 4cc. de lait ,au moyen de la pipette spéciale livrée avec l'appareil. On ajoute de l'eau par petites quantités (en agitant après chaque addition) jusqu'au moment où, à travers le lait dilué, on distingue parfaitement les lignes noires tracées sur un cylindre de verre blanc placé à l'intérieur de l'instrument. On lit alors sur le tube extérieur le chiffre qui correspond au niveau atteint par le lait dilué. Ce chiffre donne directement le percentage de graisse contenue dans le lait non dilué. Le lait normal doit marquer au moins 3% de graisse.

De tous ces procédés le moins bon est à coup sûr le crémomètre de Holt.

ARTICLE II

PHENOMENES GENERAUX

(*a*) *ETAT GENERAL.*—Il est vraiment étonnant de constater que l'état général de la femme est ordinairement peu affecté par cette rude épreuve qu'est le travail de l'accouchement, même physiologique. Cependant cet état est variable suivant le tempérament de la femme, suivant la longueur ou la rapidité du travail, suivant ses difficultés ou le mode de terminaison de l'accouchement, suivant l'abondance de l'écoulement sanguin. Règle générale, en l'absence d'hémorragie abondante ou d'infection, la femme se remet plus vite qu'on ne saurait l'espérer, même lorsque le travail a été dur et prolongé. Les femmes peu habituées aux exercices du corps se remettent plus lentement.

Souvent les femmes éprouvent un sentiment de fatigue, de lassitude ou de bien-être. Elles sentent le besoin de se reposer et de dormir. Il faut respecter ce sommeil qui n'a pas la signification qu'on lui attachait autrefois. Une femme qui s'endort après l'accouchement n'est pas une femme qui se meurt d'hémorragie comme on le croyait autrefois. Tout de même, sans éveiller la patiente, il faut surveiller son utérus et son pouls. La patiente sort de ce sommeil dans un état de transpiration profuse; elle se sent remise et plus forte.

Tantôt la femme nerveuse, irritable, est agitée, ne peut rester tranquille et ne sent nullement le besoin de dormir. Le manque de sommeil peut même se pro-

longer pendant un jour ou deux. D'habitude l'agitation n'est que passagère.

La plupart des femmes éprouvent une sensation de cuisson, de brûlure aux organes génitaux et une courbature générale dont elles se remettent assez facilement au bout de quelques heures.

Toutes les accouchées sont excitables et ont les sens exaltés; elles sont sensibles aux moindres irritations. Leur excitabilité réflexe est augmentée. Le réflexe patellaire, plus marqué pendant la grossesse, s'exagère pendant l'accouchement, surtout à l'acmé de la douleur, et peu à peu, dans les suites de couches, il perdra de son acuité. Chez l'accouchée, l'ouïe devient plus délicate, la vue plus tendre et l'odorat plus fin; aussi faut-il que le silence soit observé près de l'accouchée, et que la lumière soit modérée.

(*b*) *FRISSON*—Assez fréquemment, comme je l'ai déjà dit, aussitôt après la délivrance, quelquefois après l'expulsion de l'enfant, on observe un *frisson* de courte durée, ce n'est qu'une simple horripilation ou un léger tremblement; mais parfois il a une intensité assez marquée, avec tremblement et claquements de dents, mais sans élévation de température, ni accélération du pouls; c'est un frisson physiologique, un phénomène nerveux, sans importance clinique. On l'observe plus fréquemment après un travail rapide.

Ce frisson coïncide souvent avec un resserrement considérable de l'utérus. Il peut être dû à la congestion interne, causée par la diminution subite de la pression intra-abdominale qui produit un retrait rapide du sang de la surface du corps. Il peut dépendre de la cessation brusque de l'effort musculaire, de la perte

de sang, ou de la sortie du fœtus et du placenta chauds. Il peut dépendre aussi du fait que la surface cutanée est mouillée par la sueur, le sang ou le liquide amniotique.

Charles compare le frisson des accouchées au petit frisson que bien des personnes éprouvent après l'évacuation de la vessie ou du rectum.

D'un autre côté, si l'on remarque qu'aujourd'hui on observe moins fréquemment ce frisson physiologique, au fur et à mesure que la technique aseptique du travail se perfectionne, on peut être porté à l'attribuer à l'absorption de toxines par le canal parturient.

(c) *TEMPERATURE*.—La température pendant la puerpéralité ne doit pas être plus élevée qu'à l'ordinaire. Cependant après un travail long, laborieux et surtout dystocique, la température peut s'élever à 100° F. (38° C) ou même 101° ou 102°, pour retomber, s'il n'y a pas d'infection, à la normale après les douze ou dix-huit premières heures.

A vrai dire l'élévation physiologique de la température (c'est ainsi que s'exprime Edgar) dans les premières heures des suites de couches ne devrait pas aller au-delà de 0.48° F. à un demi degré F. ou 0.27° C. Au-dessus de ce chiffre la température, qui n'est plus physiologique, s'explique par la constipation, les désordres de l'estomac, l'influence morale, l'intoxication ou même l'infection passagère.

Temesvary attribue l'élévation physiologique de la température aux changements dans la circulation qui suivent l'expulsion de l'enfant; il se fait une augmentation de pression dans les capillaires des reins, du foie, des poumons et de la peau. L'élévation de tempé-

rature pourrait aussi résulter du travail musculaire qui se produit pendant la période de dilatation et d'expulsion; mais le plus souvent cette légère élévation est due à l'intoxication ou à l'infection légère. D'une manière générale, on peut dire que la température après l'accouchement est influencée par le travail, sa durée et sa marche, par la quantité de sang perdu et par le moment de la journée ou de la nuit.

Dans 1420 observations, la température, prise une heure après l'accouchement, a donné les chiffres suivants:

Température	97.0° F	à	98.4° F	dans	380	cas.
"	98.5° F	à	99.4° F	dans	748	"
"	99.5° F	à	100.4° F	dans	255	"
"	100.5° F	à	101.4° F	dans	29	"
"	101.5° F	à	102.4° F	dans	4	"
"	102.5° F	à	103.4° F	dans	4	"
				Total	1420	

Pour Budin, de Lee, Ribemont Dessaignes et d'autres accoucheurs, l'élévation de la température pendant les douze premières heures des suites de couches, est surtout évidente quand elle coïncide avec celle qui se produit chaque jour vers le soir, de quatre à huit heures [illegible] exemple.

D'après mon expérience, *la température normale de l'accouchée bien portante reste au-dessous de* 37°, 2 *C. ou* 98.6°F., après les douze premières heures. Je dirai, comme Ribemont Dessaignes, qu'il est rare que chez une accouchée bien portante la température atteigne ou dépasse 37.5° C. Comme Siredey, *je prétends que la température doit se maintenir quelque peu au-dessous*

de la normale. Daniel est arrivé, lui aussi, à la conclusion que la température moyenne, dans les suites de couches normales, prise dans l'aisselle, doit osciller entre 36.8° et 37.2° C., et que chaque fois qu'il existe une élévation de la température continue, s'écartant un peu de 37.5° C, et surtout dépassant 38°C, et s'accompagnant de rapidité du pouls, on doit craindre l'existence de quelques complications.

Bon nombre d'accoucheurs ont choisi arbitrairement un certain degré pour marquer la limite des couches physiologiques. Certains vont jusqu'à dire que l'accouchée peut avoir normalement de la fièvre. Fehling considère comme pathologique toute élévation au-dessus de 101.1° F; Winckel donne une limite de 100.7° F, Boxall, de Londres, de 100° F., Williams, de 100.4° F.

"Par suite du fait, dit Williams, qu'on remarque souvent, pendant les suites de couches, une légère élévation de température sans cause apparente, il est de coutume de désigner comme normales toutes suites de couches pendant lesquelles la température reste au-dessous de 100.4° F (38° C.), et comme pathologiques celles pendant lesquelles la température atteint ou dépasse ce chiffre, ne serait-ce qu'une seule fois."

De Lee donne 99.5° F. comme limite de la puerpéralité normale; pour lui si la température s'élève au-dessus de ce chiffre, il existe toujours une cause, d'habitude l'infection.

En somme d'après la majorité des accoucheurs, on peut dire d'une manière générale: si la température d'une accouchée s'élève à 38° C. ou 100.4° F. et si cette élévation persiste pendant 24 heures ou plus, les suites de couches ne sont plus normales, et l'on doit

croire à une infection probable, tant qu'un examen attentif ne révèlera pas une autre cause pour expliquer cette élévation de température. Je suis plus sévère et plus attentif que la majorité des accoucheurs, et je dis que si la température prise dans la bouche s'élève à n'importe quel moment au-dessus de 37.2° C. ou 98.6° F., on doit penser de suite soit à l'intoxication, ou à l'infection, et y penser aussi longtemps qu'on n'aura pas trouvé, en dehors de ces deux termes, la cause réelle de cette élévation de température.

Il n'y a pas de fièvre de lait; je crois en avoir assez dit à ce sujet en parlant de la montée laiteuse.

La température peut être prise dans l'aisselle. Cette manière de constater la température peut donner lieu à des erreurs. Elle est généralement plus basse que celle prise dans la bouche. La température rectale est plus juste. Je me contente de la température buccale.

La température doit être prise au moins deux fois par jour, matin et soir. Il est préférable de la prendre toutes les 4 ou 6 heures et même dans certaines circonstances toutes les 2 heures.

(*d*) *POULS*.—Pendant la seconde période de l'accouchement, le pouls est plein, rapide, parfois irrégulier; pendant la période de délivrance, il se ralentit, se calme et devient normal, à moins qu'il n'y ait une hémorragie grave, auquel cas il devient rapide et petit. La pression artérielle, élevée pendant le travail, revient à la normale ou même tombe un peu au-dessous, cinq ou six heures après l'accouchement, et le pouls se ralentit d'autant plus que l'état de santé est plus parfait. *Le pouls oscille entre 60 et 70 par minute. Il tombe mê-*

me fréquemment plus bas, entre 50 *et* 60, et parfois, comme l'ont observé un certain nombre d'accoucheurs, entre 40 et 50.

Le ralentissement du pouls est plus marqué chez les multipares que chez les primipares; plus chez les phlegmatiques que chez les nerveuses; plus chez les maigres que chez les femmes grasses. Quand le travail a été difficile ou que la perte de sang a été considérable, le ralentissement du pouls s'observe rarement.

Le ralentissement du pouls, qui commence quelques heures après l'accouchement, atteint son maximum, suivant les observations des différents auteurs, à la fin du deuxième, troisième, et jusqu'à la fin du neuvième jour; puis il reste stationnaire et disparaît peu à peu pour revenir progressivement au chiffre normal. Il peut persister jusqu'à 10 ou 15 jours. Il est sous l'influence absolue du moindre état pathologique et de la cause la plus triviale qui peuvent le modifier, l'empêcher de se manifester ou le faire disparaître.

Le ralentissement du pouls est un signe pronostique très favorable, car on ne le rencontre que chez les femmes bien portantes. D'un autre côté, un pouls accéléré en l'absence de fièvre, fait penser à l'hémorragie, à une lésion cardiaque, à une affection du rein, à une infection menaçante, etc. Quand un pouls puerpéral lent s'accélère sans cause appréciable, il y a à redouter une embolie au poumon (Edgar).

"Toute accélération non passagère, même légère (à 90 par exemple), dit Fabre, doit éveiller l'attention; les variations du pouls sont, en effet, plus précoces, plus graves que celles de la température. Si la température est prise dans le rectum, une variation de un

demi-degré n'a pas d'importance alors que le pouls n'est pas modifié; si le pouls est accéléré, une température normale ou légèrement augmentée acquiert une importance pronostique considérable. L'accélération du pouls peut même se produire avant l'élévation de la température." En effet, le pouls nous avertit très souvent plus vite que la température de l'apparition prochaine de l'infection ou d'une complication quelconque.

Le ralentissement n'est pas constant; de Lee a trouvé le pouls au-dessous de 60 dans 10 pour cent des cas; Hemeys dans 16.2%. Falaschi a constaté le ralentissement dans un quart des cas; Olshausen, dans 63 p. 100. Pour 1417 observations, Edgar donne les statistiques suivantes:

40 à 50	pulsations	dans	2	cas.
50 à 60	"	"	13	"
60 à 70	"	"	345	"
70 à 80	"	"	566	"
80 à 90	"	"	302	"
90 à 100	"	"	110	"
100 à 110	"	"	48	"
110 à 120	"	"	23	"
120 à 130	"	"	3	"
130 à 140	"	"	2	"
140 à 150	"	"	2	"
160	"	"	1	"
		Total	1417	cas.

Les causes du ralentissement du pouls ne sont pas bien définies. Plusieurs facteurs coopèrent probablement à sa production; et les théories n'ont pas manqué

pour en expliquer le mécanisme. Pour Fehling, il est dû à une irritation réflexe du pneumogastrique produite par la diminution brusque de la tension intra-abdominale; Schroeder croit que le coeur, qui s'est hypertrophié pendant la grossesse, n'a plus autant à travailler après la disparition de la circulation utéro-placentaire; Olshausen en trouve la cause dans l'absorption des différents produits mis en liberté dans le sang, pendant l'involution utérine; Kerr l'attribue à la diminution de la pression artérielle après la délivrance; Fritsch en donne pour raison la position horizontale, le repos au lit, la diète plus légère, l'excrétion plus considérable des liquides: lait, lochies, sueurs, urines etc.; Lohlein y voit une excitation du pneumogastrique ou d'autres influences nerveuses.

Fabre et Petzetakis, dans leur étude sur le ralentissement du pouls des accouchées, nous disent que la bradycardie peut revêtir quatre variétés: 1° bradycardie totale; 2° bradycardie par arythmie sinusale; 3° bradycardie totale avec arythmie, intermédiaire aux deux précédentes; 4° bradycardie par extrasystoles.

Pour Fabre et Petzetakis, la cause de la bradycardie est d'origine nerveuse; ces auteurs le prouvent par l'action de l'atropine, du nitrite d'amyle et par l'épreuve de Petzetakis qui consiste en la compression des globes oculaires.

"Petzetakis, le premier, dit Fabre dans son Obstétrique, montre, en comparant les résultats inconstants de l'atropine, que la compression oculaire influence seule les bradycardies d'origine nerveuse, tout en restant sans effet sur les bradycardies d'origine myocardique. Tout indique donc que cette bradycardie est

d'origine nerveuse due à une augmentation passagère de l'action frénatrice du vague, en rapport probablement avec les phénomènes complexes de l'involution utérine."

(*e*) *FORMULE SANGUINE.*—Le sang subit des modifications nombreuses. Il y a d'abord une diminution dans la masse totale du sang; elle est due à l'hémorragie qui se fait pendant le travail, surtout pendant et après la délivrance.

Le taux des hématies et la quantité de l'hémoglobine diminuent pendant les deux ou trois premiers jours. Cette réduction est bientôt suivie d'une augmentation. Le sang reprend peu à peu sa constitution, si bien que, vers la fin de la première semaine, il est plus près de la normale qu'il ne l'était dans la seconde moitié de la grossesse.

L'hypérinose de la grossesse devient plus considérable pendant les premiers jours des couches probablement à cause des matières usées qui se trouvent dans la circulation.

Hofbauer a attiré l'attention sur la présence d'une leucocytose marquée pendant et immédiatement après l'accouchement. Il a prouvé que le nombre des leucocytes s'accroît graduellement depuis le début du travail jusqu'à 10 ou 12 heures après la terminaison, alors que les leucocytes atteignent un chiffre presque deux fois plus considérable que pendant la grossesse. Puis leur nombre tombe rapidement à la normale, pour s'élever de nouveau légèrement le troisième et le quatrième jour, avec l'établissement de la sécrétion lactée, après laquelle il revient au niveau normal. Ce fait, sur lequel Hofbauer a attiré l'attention et que la plupart des

accoucher ignorent apparemment, a une grande importance au point de vue du diagnostic. En effet, cette leucocytose peut faire croire à une infection, quand il n'en est rien.

La légère réaction éosinophile qui se montre du troisième au cinquième jour est plus marquée dans les cas d'accouchements gémellaires et d'expulsion de fœtus morts et macérés.

D'après Jackman, le sérum sanguin aurait des propriétés antitrytiques plus marquées.

(*f*) *POIDS.*—D'après Gassner, la diminution du poids du corps, durant la première semaine, serait de 4,500 grammes; ceci bien entendu ne comprend pas le poids du fœtus, du placenta et du liquide amniotique. Heil évalue la perte à un taux moins élevé (2000 grammes); Klemmer ne l'estime qu'à 900 grammes. La contradiction apparente est due au fait que ces auteurs n'ont pas pris leurs observations dans le même temps. Ainsi dans le temps de Gassner, les patientes étaient soumises à une diète excessivement sévère pendant les huit premiers jours. Depuis, le régime alimentaire s'est modifié favorablement à l'avantage des malades; aussi perdent-elles beaucoup moins de leur poids.

La perte de poids est plus forte chez les multipares, chez les femmes grasses, chez celles qui accouchent à terme ou de meaux, et chez celles qui ne nourrissent pas.

La perte de poids est due à la diminution de la quantité des aliments absorbés et à l'augmentation considérable des sécrétions: urine, sueurs, lochies. Dans les conditions normales, la femme reprend son poids au bout de quatre à six semaines; beaucoup de femmes

même sont portées à faire de l'embonpoint. Souvent les femmes délicates ne reprennent pas leur poids primitif avant des mois.

ARTICLE III

PHENOMENES DU COTE DES DIVERS APPAREILS

(*a*) *APPAREIL URINAIRE.* — Beaucoup de femmes souffrent de ***rétention d'urine,*** après l'accouchement. Pendant la grossesse la vessie, ne pouvant se dilater d'une façon normale par suite de la pression de l'utérus gravide, doit s'accoutumer à se distendre d'une autre manière, surtout par en haut; aussi quand l'utérus s'est vidé, elle a plus d'espace pour se développer dans toutes les directions. Elle peut se distendre d'une façon exagérée, sans que ses parois soient soumises à la même pression que pendant la grossesse, et que la patiente sente le besoin d'uriner. La vessie a perdu son élasticité. Il existe une sorte d'insensibilité de la vessie, qui se laisse distendre passivement sans que naisse le réflexe qui détermine le besoin d'uriner. En outre les parois abdominales, longtemps distendues et soudainement relâchées, n'ont plus la même tenacité et ont perdu leur action sur la vessie.

Une troisième raison qui peut expliquer la rétention d'urine c'est le traumatisme qu'ont subi le trigone et le col de la vessie et l'urètre. L'urètre et les parties avoisinantes sont généralement œdématiés. De plus l'urètre est devenu tortueux par les tractions qui ont été exercées plus d'un côté que de l'autre à cause de

la position oblique de la tête. Il résulte de tous ces traumatismes une contraction spasmodique du col qui met obstacle à l'émission de l'urine. On peut trouver une quatrième raison à la rétention, c'est le décubitus horizontal.

Cette paresse de la vessie est encore aggravée par le fait que le rein, débarrassé de la compression qu'exerçait l'utérus gravide, va devenir plus actif et fonctionner plus librement; aussi la distension de la vessie peut être énorme. La rétention d'urine peut se prolonger pendant un temps vraiment étonnant sans que la patiente en souffre. Temesvary a observé que 35 pour cent des accouchées ont été de 12 à 24 heures sans uriner, et 6 pour cent de 24 à 36 heures.

Dans certains cas, quoique la femme affirme avoir uriné souvent et même beaucoup, il existe de la rétention; il y a miction par regorgement; c'est le vase qui déborde.

Dans ses visites auprès de la malade, surtout durant les premiers jours des couches, le médecin ne doit jamais se fier aux réponses de la malade ou de l'entourage, quant à ce qui regarde la miction. En effet, il arrive souvent que la patiente répond négativement à la question: *avez-vous uriné?* quand cependant elle a vidé complètement, sans s'en douter, sa vessie, pendant une injection vaginale, par exemple. D'autres fois elle répondra affirmativement et dira même qu'elle a uriné fréquemment, quand cependant sa vessie est encore bien remplie. Il est presque inconcevable d'imaginer combien la vessie d'une accouchée peut contenir d'urine sans aucune incommodité.

Un jour, je suis appelé auprès d'une infectée, je

demande à l'entourage, gardes et médecins, si la malade a uriné ; oui, plusieurs fois et en assez grande quantité depuis plusieurs heures, s'empressent de répondre les gardes et les médecins. Je découvre le ventre de la malade et je constate, *de visu*, une tumeur volumineuse dans l'abdomen. Je fais pratiquer le cathétérisme et l'on tire presque deux litres d'urine.

Il faut questionner la malade, si l'on veut, mais il faut surtout constater, *du doigt et de l'oeil*, si réellement la vessie est vide ou non. Autrement la vessie peut rester remplie, ce qui expose, par le refoulement en haut de l'utérus, à la lochiométrie, à l'intoxication et à l'infection consécutive.

Quand la vessie est surdistendue par l'urine, l'on sent et l'on voit même une saillie dans la région hypogastrique sous forme d'une tumeur qui est rénitente et mate à la percussion. La palpation de la tumeur provoque des sensations désagréables et détermine l'envie d'uriner. Au-dessus de la tumeur, on perçoit l'utérus dévié généralement à droite.

Quelquefois, rarement cependant, il y a de l'incontinence d'urine après l'accouchement. Cette incontinence peut reconnaître plusieurs causes, soit une fistule vésico-vaginale à la suite d'une déchirure de la vessie pendant une opération obstétricale : basiotripsie, forceps, version ; soit une fistule à la suite d'une escarre vésico-vaginale qui tombe quelques jours après l'accouchement ; soit une déchirure de l'urètre produite au cours d'une opération obstétricale ou simplement même pendant un accouchement normal. La sortie d'une tête volumineuse ou se dégageant en position occipito-sacrée peut produire des lésions de la vessie et surtout de l'urètre.

qui persisteront d'une manière permanente avec incontinence d'urine comme conséquence fatale et inévitable. L'urètre a été tellement étiré ou comprimé quelquefois qu'il ne reprendra plus jamais sa tonicité malgré tous les traitements.

Les lésions non apparentes de la vessie, même à la suite d'accouchement normal, peuvent aussi produire sinon une infirmité, au moins une incommodité qui oblige la femme, encore longtemps après l'accouchement, à uriner très fréquemment, toutes les 20 ou 30 minutes : la vessie irritable ne peut plus contenir autant qu'autrefois, il faut qu'elle se vide fréquemment.

L'augmentation de la sécrétion urinaire est presque constante chez les accouchées, surtout pendant les premiers jours. La quantité d'urine, émise tous les jours pendant la première semaine des suites de couches, est beaucoup plus considérable qu'en dehors de la grossesse, mais cependant pas aussi considérable que dans les dernières semaines de la gestation d'après Edgar. Fehling croit la polyurie plus marquée pendant les suites de couches que pendant la grossesse. Pour Kehrer, la quantité des urines émises dans les suites de couches est de 300 à 400c.c. de plus que chez la femme non enceinte, mais elle n'est pas beaucoup plus considérable que chez la gestante à la fin de sa grossesse.

Cette polyurie, plus manifeste le deuxième et la troisième jour, diminue le quatrième jour et subit une nouvelle élévation du cinquième au septième jour.

Quinquaud estimait la quantité des urines émises journellement à 2 litres, 2 lit. 500 ; Wireckel, de 1000 à 2000 grammes.

La gravité spécifique de l'urine dans les premiers

jours est de 1010 à 1022; chez la femme qui nourrit, elle est de 1025.

Fischel a trouvé des *peptones* dans les urines chez à peu près 60% des accouchées. La peptonurie apparaît le second jour, va en augmentant jusqu'au cinquième ou sixième jour, puis va en diminuant pour disparaître définitivement vers le dixième ou le douzième jour. La peptonurie est la conséquence de la transformation dernière du tissu musculaire de l'utérus en peptone.

L'albumine apparaît chez au moins 40% des nouvelles accouchées. Little, dans le service de Williams, l'a trouvée chez 89% des patientes, immédiatement après la délivrance. Il a de même constaté chez 41% de nombreux cylindres hyalins. Ce n'est là qu'un phénomène passager causé par le travail de l'accouchement, et qui disparaît généralement avant le troisième jour. Si l'albumine persiste plus longtemps ou si elle réapparaît, il faut en rechercher la cause qui peut être la néphrite, la pyélite, l'urétérite, la cystite, l'effet post-anesthésique, l'éclampsie, l'infection. L'urine doit être prise directement dans la vessie avec le cathéter, afin d'éviter le mélange des lochies.

Le *sucre* (lactose) se montre chez 80% des accouchées pendant la première semaine. Son apparition coïncide avec l'établissement de la sécrétion lactée. Il disparaît ou diminue quand la femme nourrit bien; mais réapparaît quand l'enfant ne vide pas suffisamment le sein ou que l'allaitement est suspendu. Si la femme ne nourrit pas du tout le sucre disparaîtra subitement. Le sucre se montre en plus grande quantité

le quatrième ou le cinquième jour. Ainsi cette lacto·surie n'a rien à faire avec le diabète.

Le montant d'*urée* excretée augmente pendant les suites de couches. On en trouve la cause dans le processus de l'involution utérine. Il y a aussi accroissement des *chlorures*, des *sulfates* et des *phosphates* dont la quantité moyenne revient à peu près à la normale au bout de quatre jours. Fait capital: l'excrétion des urates, des chlorures, des phosphates et des sulfates suit la courbe de la température.

On trouve quelquefois de l'acétone. Couvelaire et Scholten ont démontré qu'elle existe en plus grande quantité aussitôt après l'accouchement et disparaît durant les trois jours suivants. Scholten l'a notée dans 94% de ses cas, et il a remarqué qu'elle était surtout plus abondante après les accouchements difficiles.

A l'examen cystoscopique, pratiqué aussitôt après l'accouchement, on constate les effets du traumatisme produit par l'expulsion de l'enfant· Le trigone et l'orifice urétral sont œdématiés et parsemés de petits épanchements sanguins. L'épithélium se desquame et apparaît sur la muqueuse comme une membrane grisâtre. Après un accouchement long et dystocique, les lésions des parois de la vessie sont plus apparentes au cystoscope. L'orifice des uretères est dificile à trouver; mais les uretères eux-mêmes, élargis, se palpent facilement. Les lacérations du septum uro-génital et du tissu connectif autour de la base de la vessie facilitent le prolapsus de la paroi antérieure du vagin. De son côté le prolapsus entraîne avec lui l'urètre et le col de la vessie.

Ainsi il est facile de comprendre la *cystite traumatique* de l'accouchement. La cystite pourra aussi surve-

nir dans les suites de couches à la suite d'un cathétérisme malpropre. De la cystite à la pyurie, il n'y a qu'un pas. Les infections urinaires peuvent survenir facilement au cours de l'infection puerpérale.

(b) *APPAREIL DIGESTIF.* — Généralement les fonctions digestives s'exécutent mal pendant les premiers jours des suites de couches. L'appétit est diminué; les femmes ont peu de goût surtout pour les aliments solides. Cependant certaines eccouchées demandent immédiatement à manger un bon repas de viande. J'en ai vu souvent manger de la viande de porc aussitôt après l'accouchement. Chez quelques femmes l'appétit reste bon. Chose étonnante: immédiatement après un accouchement long, laborieux et terminé sous une anesthésie complète, prolongée pendant une heure ou deux, certaines femmes ne se gênent pas de prendre un copieux repas, et elles n'en ressentent aucun malaise.

Après la montée du lait, l'appétit renaît assez fréquemment pour diminuer de nouveau, si la femme prolonge son séjour au lit au-delà d'une dizaine de jours.

Si l'appétit est généralement diminué ou nul, par contre la soif est notablement augmentée par suite de la diaphorèse plus marquée, de la perte de sang plus ou moins considérable au moment de la délivrance, de l'écoulement des lochies et de l'activité plus grande de la fonction rénale.

Comme je l'ai déjà dit, il existe parfois des nausées et des vomissements réflexes produits par des contractions utérines fortes et répétées.

La constipation est la règle chez la plupart des accouchées: parce que les intestins ont été évacués

pendant l'accouchement à l'aide d'un purgatif ou d'un lavement; parce que l'alimentation est réduite de beaucoup; parce que l'excrétion des liquides est si rapide que le contenu de l'intestin devient plus dûr; parce que sa contraction péristalique ayant diminué de force, l'intestin devient plus paresseux; parce que les muscles abdominaux et périnéaux, fatigués par la grossesse ou l'accouchement, ne sont plus en état d'expulser spontanément les matières accumulées dans le rectum; enfin parce que la femme garde la position horizontale.

Après l'accouchement, le ventre est généralement plat, parfois légèrement concave; mais on ne tarde pas à constater un léger tympanisme, effet de la paresse de l'intestin et de la constipation. Cette dernière s'accompagne quelquefois de céphalalgie, de fièvre légère, de tension du ventre et d'élévation de l'utérus qui se dévie à gauche le plus souvent. Les accidents causés par la constipation peuvent devenir plus graves et l'on remarquera les symptômes suivants: fièvre élevée, langue saburrale, haleine fétide, ventre météorisé, douloureux, cæcum ou S. iliaque empâté, facies grippé, nez pincé. Les nausées et les vomissements font défaut.

Quelquefois les accidents revêtent la forme occlusion, sans que cet accident existe en réalité. Après un accouchement long, pénible, dystocique, et quelquefois même un accouchement normal, il se produit un *ballonnement considérable,* avec ou sans vomissements alimentaires et bilieux, constipation opiniâtre, sans émission de gaz; ce sont des symptômes causés par la paralysie de l'intestin.

On peut observer l'occlusion vraie produite par des brides, coudures, torsions ou volvulus. L'appendicite

peut se produire ou se réveiller pendant les suites de couches. La péritonite colibacillaire peut survenir à la suite de la propagation d'une infection colibacillaire localisée d'abord à l'intestin, ou par perforation au cours d'entéro-colite ulcéreuse.

On observe assez fréquemment des *hémorroïdes* dans les suites de couches. La fissure anale peut se développer pendant la période d'expulsion ou par le passage de matières stercorales très dures ou par la chute d'une petite escarre.

(c) *APPAREIL PULMONAIRE.* — Après l'accouchement, la poitrine plus libre se dilate plus facilement que pendant la grossesse. Le type de la respiration continue à être thoracique par suite de l'habitude contractée pendant la gestation, ou il devient abdominal, ou il devient mixte: abdominal et thoracique. La capacité pulmonaire augmente pour Wild Wims; elle diminue pour Wintrich. Dohrn trouve qu'elle augmente dans 60% des cas, qu'elle diminue dans 26% des cas, et qu'elle ne présente pas de changement dans 14% des cas.

En général ,le nombre des respirations est de 14 à 20. L'air expiré contient une plus grande proportion d'eau et d'acide carbonique. "Il est facile de constater ce fait, dit Edgar, dans une salle d'hôpital remplie de nouvelles accouchées, si la ventilation n'est pas parfaite."

(d) *PEAU*. — Toutes les fonctions de la peau sont plus actives, en particulier celles des glandes sudoripares; c'est là une des caractéristiques de la période puerpérale, et c'est un des moyens dont la nature se

sert pour éliminer les matières de rebut produites par l'involution générale.

Les transpirations sont plus profuses le soir ou pendant le sommeil, souvent les malades se réveillent complètement trempées.

La surface du corps est froide et moite. Une peau sèche est d'un mauvais augure; c'est un symptôme de fièvre ou de toxémie. Ahlfeld prétend qu'il y a une connexion entre la présence de la transpiration, la contraction et la rétraction de l'utérus.

Les fonctions de la peau reviennent à la normale vers la fin de la première semaine. Les sueurs profuses sont souvent accompagnées d'une *desquamation* abondante, qui aide beaucoup à la disparition de la pigmentation et des œdèmes de la grossesse.

De ce que les glandes sudoripares sont très actives, il ne s'en suit pas qu'on doive tenir les fenêtres fermées, de crainte que l'accouchée ne contracte les fièvres puerpérales par le froid ou les courants d'air.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT OU DU PUERPERIUM

En médecine légale, le médecin peut être requis d'établir le diagnostic d'un accouchement récent ou ancien, soit sur la femme vivante, soit sur le cadavre. Dans le premier cas, il basera son opinion sur les différents signes de la grossesse et de l'accouchement, signes d'autant plus accusés et plus nets que la femme est examinée à une époque plus rapprochée de l'accouchement; dans

le second cas, en outre des signes précédents, il dispose des signes fournis par l'utérus et les ovaires.

(a) *SIGNES DE L'ACCOUCHEMENT SUR LA FEMME VIVANTE.* — Quand une femme prétexte l'état puerpéral dans le but d'extorquer de l'argent ou de substituer un enfant, il est facile de découvrir la supercherie; mais si la femme a réellement accouché et qu'elle veuille cacher son état, comme, par exemple, dans le cas d'infanticide, il n'est pas aussi facile de prouver incontestablement que la gestation a précédé l'examen, et naturellement, les difficultés augmentent à mesure que le délai qui sépare l'examen de la parturition s'éloigne. L'accouchement à terme laisse plus de traces qu'un avortement. On ne peut se fier au témoignage de la patiente ou de ses amis.

Dans la recherche du diagnostic de l'accouchement, il y a des *signes douteux*, des *signes probables* et des *signes positifs*.

Les signes *douteux* ne prouvent rien; ils peuvent exister dans des conditions autres que celle de l'état puerpéral. Les signes *probables* se retrouvent dans le tractus génital et les seins. Les signes *positifs* sont fournis par la découverte de parties de l'œuf.

La plupart des signes de l'accouchement s'effacent rapidement ou ne sont que transitoires. La vulve peut avoir une couleur rouge pourpre, une apparence veloutée et présenter certaine sécrétion pendant quelques semaines. On peut y rencontrer les traces de lésions en voie de guérison. Avec ces signes le diagnostic peut être probable. Mais l'absence de ces lésions n'élimine pas la possibilité d'un accouchement antérieur; en effet l'enfant expulsé a pu être petit ou macéré; ou les tissus

maternels, élastiques, ont pu résister au passage de la tête et des épaules.

La présence de vestiges de l'hymen (les caroncules myrtiformes) n'est pas nécessairement l'indice d'un accouchement, et, d'un autre côté, il existe des cas exceptionnels où l'accouchement a respecté l'hymen. Les déchirures du col sont généralement dues à l'enfantement, mais quelquefois elles peuvent dépendre d'une opération telle que la dilatation pour dysménorrhée ou stérilité.

La flaccidité de la paroi abdominale peut exister chez la femme qui n'a jamais accouché. Faye a constaté l'absence de vergetures abdominales 31 fois sur 514 grossesses. Tout dernièrement, j'ai rencontré deux gestantes à terme, une à sa huitième grossesse et l'autre à sa cinquième, n'ayant pas la moindre apparence de vergetures. Dans d'autres états que la grossesse, on peut voir des vergetures se former.

On ne peut pas toujours se fier aux modifications du col pour affirmer ou nier une grossesse antérieure. J'ai quelquefois examiné des multipares qui avaient le col d'une nullipare, et par contre j'ai vu des nullipares qui avaient un col de femme ayant accouché au moins une fois.

L'examen de l'utérus peut donner de bons renseignements; l'augmentation de son volume directement ou peu après l'accouchement, sa consistance, ses contractions, sa diminution rapide constatée à l'examen bimanuel ou à la sonde peuvent nous diriger dans le diagnostic d'un accouchement récent. Si le col est per-

méable, le doigt introduit dans la cavité utérine pourra percevoir la plaie placentaire.

Le signe qui a le plus d'intérêt médico-légal est sans contredit la *sécrétion lactée.* C'est le plus durable des signes de l'accouchement récent, et, dans certaines circonstances, le seul que l'on puisse trouver d'un accouchement récent; mais d'un autre côté, la valeur de la sécrétion lactée, isolée, comme signe de grossesse, est des plus incertaines. En effet, l'on cite des cas de filles et de femmes n'ayant jamais accouché, chez qui on pouvait trouver du lait dans les seins, et d'autres femmes qui pouvaient encore nourrir plus de vingt-cinq ans après leur dernière grossesse.

On ne doit pas attacher plus d'importance qu'il ne faut à l'étude des lochies. Pour avoir un *diagnostic positif d'accouchement,* on doit y chercher des débris ovulaires, des morceaux de placenta ou des villosités choriales. Si le microscope ne permet pas de découvrir cette preuve de l'accouchement à même les lochies, on devra faire un curage ou un curettage de la cavité utérine, et en examiner les débris au microscope. Le curage et le curettage ne sont pas toujours faciles à pratiquer, parce que la malade peut s'opposer à une opération quelconque, qui n'est pas dépourvue de danger.

(b) *DIAGNOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE CADAVRE.* — Le diagnostic devient plus facile sur le cadavre, parce que, outre les signes qu'on découvre sur la femme vivante, on observe les modifications de l'utérus et des annexes propres à la grossesse et à l'accouchement, telles que l'élargissement de la cavité utérine dont la surface interne est imbibée de sang et couverte de caillots fibrineux et de débris de caduque;

la présence de la plaie placentaire; l'épaississement des parois utérines; l'augmentation de calibre des vaisseaux et leur ouverture encore béante; les blessures du col; la présence d'un corps jaune vrai sur un ou deux ovaires.

Le corps jaune vrai ou de la grossesse présente encore à la fin de la grossesse un noyau de 7 à 8 millimètres de diamètre, avec centre hémorragique et zone marginale jaune fort nette. Mais il ne faut pas oublier que le corps jaune peut être disparu à la fin de la grossesse ou n'avoir pas atteint le volume caractéristique, et, d'autre part, le faux corps jaune ou de la menstruation peut atteindre un développement aussi considérable que celui du corps jaune vrai.

CHAPITRE IV

DES SOINS A DONNER A LA FEMME PENDANT LES SUITES DE COUCHES

L'accouchée n'est pas une malade; c'est une femme dans un état physiologique spécial. Elle ressemble au blessé qui est atteint d'une lésion locale, mais dont l'organisme n'est guère en souffrance, et comme le blessé, elle est en état d'*imminence morbide,* c'est-à-dire dans une disposition organique telle qu'une maladie est à craindre et peut éclater facilement d'un moment à l'autre: de là la nécessité de soins spéciaux (Charles). Aussi faut-il entourer la nouvelle accouchée de soins méticuleux, exagérés, de précautions infinies, car sa santé et sa vie en dépendent. N'oublions pas une chose: la ligne de démarcation entre l'état physiologique et l'état pathologique est si peu apparente que le

médecin doit être constamment sur ses gardes, s'il ne veut pas avoir des surprises désagréables et constater trop tard des méfaits presque irréparables.

La conduite des suites de couches consiste essentiellement dans la propreté, le repos pour la malade, la surveillance pour le médecin.

VISITES DU MEDECIN. — Le médecin doit suivre régulièrement sa malade pendant les suites de couches. Il est tout d'abord resté auprès d'elle, au moins une heure après la terminaison de l'accouchement; il la reverra autant que possible douze heures après; puis il lui fera une visite tous les jours pendant la première semaine, et tous les deux jours pendant la seconde. Dans certains cas, il vaut mieux que le médecin voie sa malade deux fois dans les vingt-quatre heures, pour les trois ou quatre premiers jours.

Si la patiente a une bonne garde-malade *experte en obstétrique* et en qui le médecin peut avoir toute confiance, il n'est pas absolument nécessaire que l'accoucheur fasse une visite tous les jours: la garde habile et prudente l'avertira au besoin et à temps de tous les incidents ou accidents possibles. On ne doit pas avoir une confiance illimitée en toutes les garde-malades. S'il y a un bon nombre d'excellentes gardes, il y a aussi malheureusement quelques gardes négligentes, qui cachent trop souvent, soit par ignorance des conséquences futures possibles, soit dans la crainte de perdre la confiance du médecin, soit par mauvais vouloir, certains symptômes, certains signes qui auraient dû être déclarés même dès leur apparition. Il faut un oeil clairvoyant, une main très habile pour découvrir les embûches de la période puerpérale.

A chaque visite, le médecin s'enquerra de la température, du pouls, de la respiration, de la hauteur et du volume de l'utérus, des tranchées utérines, de la qualité et de la quantité des lochies, de la condition des organes génitaux externes, de la vessie et de l'intestin, de l'état des seins, de la diète, de l'état général de l'accouchée. Quant à l'enfant, l'accoucheur s'informera du pouls, de la température, de la respiration, du nombre et de la couleur des selles, de l'urine, du moignon ombilical, de la condition des yeux, de l'état de l'estomac, du boire, du sommeil, du poids.

TEMPERATURE. — S'il y a une garde-malade auprès de l'accouchée, elle devra prendre la température régulièrement au moins deux fois par jour, matin et soir. Je conseille à mes gardes de prendre la température toutes les 4 heures, parce que je suis averti plus tôt des variations qui se montrent assez fréquemment durant les 24 heures. En effet, une température prise matin et soir ne dit pas toujours toute la vérité. Maintes fois j'ai démontré, en clinique, avec des cartes de température prise toutes les deux heures, que la colonne mercurielle est à la normale ou au-dessous à 8 heures du matin et à 5 heures du soir, tandis que, aux autres heures, elle varie en plus d'un demi, d'un degré ou même davantage. Il y a donc bénéfice à prendre la température fréquemment. Chez les femmes nerveuses et sensitives, on ne devra pas prendre la température trop souvent afin de ne pas les inquiéter, ou les effrayer. Quand la malade repose, on ne doit pas non plus l'éveiller.

J'habitue aussi mes gardes à inscrire la température sur deux cartes d'observations. Une de ces cartes,

qui ne dit pas toujours la vérité, reste à la vue ou à la portée de la malade, du mari, de la mère ou de la belle-mère. La température, inscrite sur cette carte, ne doit jamais dépasser la normale parce que souvent la patiente et l'entourage s'effraient facilement et sans raison d'une élévation passagère d'un ou de deux degrés, quand, cependant il n'y a aucun danger; on s'alarme, on se lamente, on se décourage. La carte d'observation de la famille doit laisser tout le monde dans la tranquillité et le repos.

L'autre carte de température, la vraie celle-ci, celle du médecin et de la garde, est tenue à l'abri des regards de la famille. La garde-malade ira la montrer au médecin à son arrivée. Je tiens absolument à ce que mes garde-malades viennent au-devant de moi à mon entrée dans la maison de mes patientes, ou que, si elles ne peuvent le faire pour un raison ou une autre, elles viennent me reconduire non pas à la porte de la chambre, mais à la porte de la maison. C'est ainsi que, dans l'un ou l'autre cas, je puis voir en toute liberté ma carte d'observation, faire mes remarques et mes recommandations à la garde, sans susciter aucun commentaire, ou sans éveiller l'attention de la patiente, qui cherche, par tous les moyens possibles, à lire dans les figures ou à saisir, dans les paroles, le moindre signe ou la plus légère intonation indiquant un symptôme douteux.

Je prends souvent moi-même la température, comme par distraction pour ne pas froisser la garde, quand j'ai des doutes sur la véracité de celle-ci ou quand je ne la connais pas parfaitement.

Quand il n'y a pas de garde auprès de la patiente, le médecin doit prendre la température lui-même avec

un thermomètre. Il ne faut pas se contenter de prendre le pouls ou de toucher la peau. Le thermomètre seul nous renseigne sur la température exacte.

Le moindre écart dans la température doit éveiller l'attention du médecin qui en cherchera immédiatement la cause.

POULS. — En même temps qu'on prend la température, on compte le nombre des pulsations. Si le pouls est lent et s'il n'y a pas d'élévation de température, on peut être tranquille, les suites de couches sont physiologiques. Mais, même avec une température normale, si le pouls est à 90, on doit soupçonner quelque chose d'anormal; il faut se tenir sur ses gardes et bien surveiller les différents organes. Le médecin peut compter les pulsations en arrivant auprès de sa patiente, mais il n'a pas alors les véritables caractères du pouls qui bat presque toujours plus rapidement. Après avoir causé un certain temps avec la patiente, l'accoucheur reprend de nouveau le pouls qui s'est tranquillisé.

EXAMEN DE L'ABDOMEN. — Le médecin explore méthodiquement l'abdomen chaque jour. Il suit par le palper l'évolution utérine. Il constate la hauteur, de l'utérus, sa largeur, son volume. La hauteur seule de l'utérus n'indique pas son degré d'involution; c'est surtout son volume qu'il faut considérer pour obtenir cette indication; en effet, l'utérus, en bonne voie d'involution, peut être situé très haut. Il est dans ce cas repoussé en haut et à gauche par le rectum rempli, mais surtout en haut et à droite par la vessie distendue, par une rétention d'urine. La vessie, formant une tumeur globuleuse, fluctuante. très appréciable à la vue et au

palper, repousse quelquefois l'utérus bien au-dessus de l'ombilic.

Le médecin passe ensuite à l'examen des organes génitaux externes. Il doit rechercher, par la vue, comment guérissent les plaies de la vulve et du périnée. Cet examen lui indiquera la ligne de conduite à suivre en cas d'infection locale ou de non-reprise des points de sutures.

LOCHIES. — Le médecin s'informe par lui-même de la qualité et de la quantité des lochies. Il en recherche la couleur, l'odeur, l'augmentation, la diminution ou la suppression. L'accoucheur habile peut dépister par l'odorat l'apparition et la variété d'une infection.

RETENTION D'URINE. — La rétention d'urine est une complication fréquente et ennuyeuse de la puerpéralité. Il ne faut pas trop se hâter de vider la vessie avec le cathéter. En général, on peut attendre douze ou quinze heures pour évacuer la vessie, à moins que la réplétion de la vessie n'occasionne des douleurs ou n'expose l'utérus refoulé et inerte à faire de l'hémorragie. La vessie doit se vider complètement au moins deux fois par 24 heures, sinon la femme est exposée à faire de l'intoxication et de l'infection par lochiométrie.

Il faut éviter autant que possible l'usage du cathéter qui expose aux infections des voies urinaires. Certaines vessies s'accoutument vite au cathéter; une fois le cathéter passé, elles ont contracté l'habitude de ne plus se vider sans l'instrument.

On essaiera par tous les moyens possibles d'agir sur la vessie directement ou par action réflexe avant de passer le cathéter. Ces moyens sont nombreux et réus-

aissent très souvent; en voici quelques-uns: (a) appliquer des compresses ou des linges chauds stérilisés sur le bas-ventre et la vulve; (b) laisser couler un léger filet d'eau chaude stérilisée sur les compresses ou les linges appliqués sur la vulve; (c) laisser la patiente seule, après lui avoir glissé, sous le siège, un bassin à demi-rempli d'eau bouillante; ouvrir un robinet et laisser couler, en même temps, l'eau dans le lavabo; (d) donner un lavement; il a souvent pour effet de faire uriner; (e) exercer une pression légère sur la vessie; (f) imiter avec la bouche certain bruit, pis... pis... pis... (g) mettre la patiente dans une position à demi assise, quand il n'y a pas de contre-indications du côté du coeur, du périnée à cause des déchirures et des sutures, ou de l'utérus à cause des hémorragies; (h) donner des petites doses d'ergot, de la strychnine, de la pituitrine. On ne doit jamais administrer des diurétiques. Ces médicaments augmentent le mal au lieu de le guérir. Il faut bien se rappeler que ce n'est pas le rein qu'il faut stimuler; il fonctionne déjà très bien. C'est la vessie qui est paresseuse, qui a perdu son élasticité; ou c'est l'urètre œdématié et douloureux qui s'irrite et cause de la rétention.

Après l'insuccès de ces petits moyens, il faudra nécessairement recourir au cathétérisme, mais il faudra le faire d'une manière tout à fait aseptique. D'abord le cathéter, métallique, ou en verre, ou en gomme, sera désinfecté par une bonne ébullition. La malade découverte, on savonne et on désinfecte les parties génitales externes, la vulve surtout. On écarte les grandes et les petites lèvres qu'on lave soigneusement, autant que possible avec un savon antiseptique, puis on nettoie parfaitement le vestibule et le méat urinaire avec

des tampons trempés dans une solution antiseptique. On comprime l'urètre, par le vagin, pour en enlever les microbes qui ont pu s'y loger; on nettoie de nouveau le vestibule et le méat et l'on introduit le cathéter sans tâtonnement. Si l'on n'arrive pas dans l'urètre du premier coup, si l'on a fait fausse route et pris la direction du vagin, il faut stériliser le cathéter de nouveau ou en prendre un autre. A chaque cathétérisme il faut toujours prendre toutes ces précautions: l'oubli d'une seule peut causer quelquefois un mal long à guérir (cystite, pyélite, néphrite). Il ne faut jamais pratiquer le cathétérisme, comme beaucoup trop de médecins le font encore, sans toilette vulvaire, avec un cathéter non stérilisé, et à tâtons, au-dessous des couvertures. Le traitement de l'*incontinence* d'urine varie suivant la cause qui la produit: suture de la vessie ou de l'urètre, strychnine, électricité.

INTESTINS.—Heureusement l'ancienne coutume s'est perdue de tenir les accouchées constipées pendant quatre ou cinq jours. Aujourd'hui, tous les médecins ont pris l'habitude, qui est excellente, de provoquer la première selle au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures au maximum. La constipation prolongée peut amener des élévations de température, avec langue saburrale, céphalalgie et tympanisme, exposer aux douleurs abdominales et aux hémorragies utérines. Si la femme nourrit son bébé, on peut donner de l'huile de ricin, du cascara sagrada, du kasagra, de la Boldine, de la cascarine, de la poudre de rhubarbe composée, etc.

Voici ma manière de faire: douze heures après l'accouchement, rarement plus tard, je prescris un laxatif. Si la patiente faisait usage d'un laxatif quelconque, à

la fin de sa grossesse, je lui conseille de prendre le même remède et d'en doubler la dose. Quand le médicament n'a pas fait effet pendant les vingt-quatre heures, j'ordonne un lavement de glycérine (deux onces de glycérine et deux onces d'eau chaude), et je fais augmenter la dose du laxatif. Je fais procéder ainsi tous les jours, augmentant graduellement la dose du laxatif, jusqu'à ce que le laxatif seul fasse effet. Je préfère le remède donné par la bouche au lavement seul, parce que le premier agit sur tout le système digestif : estomac et intestin ; l'appétit se conserve mieux ou se recouvre plus tôt ainsi.

Certains médecins ne prescrivent que les lavements. Devant les difficultés qu'éprouvent certaines femmes d'aller à la selle dans le décubitus, quelques accoucheurs permettent à leurs patientes, quand il n'y a pas de contre-indications, de s'asseoir soit dans leur lit sur un vase, soit sur une chaise auprès du lit. L'intestin se vide ainsi plus facilement.

Contre le *ballonnement excessif* du ventre qui se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement, je prescris la strychnine à dose de 1/30 grain ou 2 milligrammes : j'applique aussi des sacs de glace sur la paroi abdominale.

Quand les seins sont trop engorgés et douloureux, on peut donner un purgatif salin : sel de La Rochelle, le citrate de magnésie effervescent, le sulfate de magnésie.

Lorsque la femme ne doit pas allaiter son bébé, on peut lui donner, après les 12 ou 24 premières heures, un laxatif doux pour procurer une selle : mais après 48 heures ou quand la sécrétion lactée s'établit, on lui

administre une bonne dose d'un salin quelconque. Je donne habituellement tous les matins du sulfate de magnésie à dose assez forte pour amener deux ou trois selles liquides abondantes. Au fur et à mesure que la sécrétion lactée s'amoindrit, je diminue les doses du purgatif.

Les *hémorroïdes* assez fréquentes après l'accouchement sont assez souvent une cause de malaise considérable, d'élévation de température et de très fortes douleurs.

D'abord il est bien entendu que les intestins seront évacués tous les jours. Après les garde-robes, on fera une toilette soigneuse des parties enflammées. Contre les douleurs locales des hémorroïdes on peut employer les applications froides, les sacs de glace, les pommades belladonnées et opiacées, les suppositoires à l'adrénaline ou à la morphine. Des compresses trempées dans une solution forte d'alun calment bien la douleur et font disparaître rapidement les hémorroïdes. Il y a sur le marché une foule d'onguents ou de pommades qui agissent également bien contre le symptôme douleur.

On peut prescrire la pommade ou les suppositoires suivants :

℞ Acidi tannici .. .. 2.0 pour cent.
Ext. hamamelis .. 12.0 " "
Menthol.: .. .. .. 0.5 " "
Ext. opii aq. .. .. 0.5 " "
Ung. aquae rosae q.s. ad 100.0 " "
Fiat unguent.

℞ Ichthyol
Ext. hamamelis à à.. .. 5.0 pour cent
Menthol .. .. 0.5 " "
Ol. thebramae q.s. ad 100.0 " "
Fiat suppositoria.

TRANCHEES UTERINES.—Les tranchées utérines ne sont pas toujours très douloureuses; la plupart des femmes les supportent bien. Dans certains cas cependant, elles sont assez fortes pour énerver la patiente et lui arracher des plaintes, même des cris.

Le principal traitement des tranchées est surtout prophylactique. Si l'on avait la précaution, aussitôt après la délivrance, surtout chez les multipares, d'administrer de l'ergot et de pratiquer le massage et surtout l'*expression* utérine, on verrait beaucoup moins de femmes souffrir. En effet, les tranchées se font sentir plutôt chez les multipares, principalement chez les grandes multipares, parce que l'utérus souvent relâché ne peut plus se contracter assez bien pour empêcher les caillots de se produire, d'être retenus dans l'organe et d'amener des contractions énergiques. L'ergot aide l'utérus à se contracter et à arrêter l'hémorragie; le massage et l'expression chassent les caillots sanguins qui ont pu se former et ainsi les tranchées, peut-être fortes et douloureuses pendant une heure ou deux dans certains cas, durent beaucoup moins longtemps et sont beaucoup plus sopportables.

Voici ma pratique: aussitôt après la délivrance, j'examine l'arrière-faix pour constater s'il est complet. Je cherche sur la face utérine s'il ne manque pas de cotylédon; j'étale les membranes pour en découvrir l'intégrité et voir si elles ne sont pas parcourues par des

vaisseaux qui m'indiqueraient l'absence de placentas secondaires. S'il manque du ou des placentas, j'introduis la main dans l'utérus à la recherche de ce qui manque. Si tout est complet, je pratique une forte expression utérine et j'administre à la malade soit une cuillerée à dessert d'extrait fluide d'ergot par la bouche, soit un centimètre cube d'ergot aseptique en piqûre. Puis régulièrement, à peu près toutes les cinq ou dix minutes, je fais de l'expression utérine, pendant une heure. Chez les grandes multipares, je ne crains pas de donner une seconde dose d'ergot à peu près trente minutes après la première dose.

Cette manière d'agir, par la rétraction et la contraction qu'elle provoque ou soutient, me donne toute la sécurité possible contre l'hémorragie: elle empêche donc la formation des caillots dans l'utérus, la plus grande cause des douleurs. Par là même elle constitue le meilleur moyen de prévenir les douleurs post-partum, ou d'en diminuer l'énergie et la persistance. En troisième lieu elle prévient, dans une très grande mesure, l'infection puerpérale; car il ne faut pas oublier que le meilleur traitement prophylactique de l'infection, c'est une bonne rétraction et une bonne contraction de l'utérus.

Souvent chez les grandes multipares à utérus flasque et gros, je continuerai l'administration de l'ergot à dose d'une cuillérée à thé, trois fois par jour, pendant trois ou quatre jours.

En certain lieu, on craint trop d'employer l'ergot. Ce médicament, dangereux pendant l'accouchement, parce qu'il peut causer des contractions irrégulières de l'utérus, n'offre plus, après la délivrance complète et

l'évacuation de tout caillot, les mêmes inconvénients et les mêmes dangers.

Le traitement curatif des tranchées douloureuses est donc l'ergot chez les multipares et même chez les primipares, parce que, chez les unes et chez les autres, la cause est principalement la rétention de caillots et quelquefois de débris placentaires. Or l'ergot, après la délivrance, agissant sur le corps de l'utérus et non sur le col et l'anneau de Bandl, comme on semble le croire généralement, produit des contractions qui chassent presque toujours le corps étranger, cause des tranchées utérines. On associera avantageusement, à l'ergot, la morphine, à un quart de grain, par la bouche ou en injection hypodermique.

L'ergot, tant employé en Amérique, ne l'est pas du tout en Europe ou par les médecins qui se réclament exclusivement de la médecine française. Si l'on n'emploie pas l'ergot, on peut donner de la morphine, de l'opium, de la codéine, de la phénacétine, de l'antipyrine, du chloral, de l'aspirine, du pyramidon, le viburnum, le pantopon. Si l'on donne de la morphine dans les deux ou trois premières heures du post-partum, il faut l'associer à l'ergot, autrement on expose la femme à l'hémorragie par relâchement de l'utérus.

Quelques accoucheurs conseillent des applications chaudes sur l'abdomen: compresses, linges chauds, sac de caoutchouc rempli d'eau chaude. Je les proscris complètement parce qu'elles favorisent l'inertie utérine, l'hémorragie et surtout l'infection. Je préfère les sacs de glace aux applications chaudes. La glace calme aussi rapidement la douleur, favorise la rétraction et prévient plus sûrement l'infection. Parfois les tranchées ne pro-

voquent aucune douleur; la malade ne sent au ventre, au palper, qu'une boule qui durcit par moment; mais en même temps elle a des nausées et des vomissements, et parfois des syncopes. Le traitement de ces symptômes consiste à injecter de la morphine.

Il faut surveiller la vessie et le rectum; leur réplétion étant une cause de tranchées douloureuses, on évacuera ces deux organes par les moyens appropriés.

SEINS ET MAMELONS. — La femme qui, pendant la grossesse, a préparé ses seins en vue de l'allaitement, devra continuer, pendant les suites de couches, à prendre des précautions pour éviter les crevasses du mamelon et prévenir les abcès du sein; celle qui a négligé les soins prophylactiques pendant la grossesse, devra après l'accouchement exagérer ces précautions. Je décris, au chapitre de la prophylaxie des maladies du sein, toutes les précautions à prendre avant et après l'accouchement.

Après lui avoir accordé un repos de sept ou huit heures, la garde-malade devra s'occuper des seins de la patiente. Elle en fera une toilette soigneuse avec de l'eau chaude et du savon, puis elle les lavera avec une solution de bichlorure de mercure. Chaque fois que l'enfant sera mis au sein, le mamelon sera nettoyé et lavé avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution saturée d'acide borique. La même opération devra être exécutée après la tétée de l'enfant. La bouche de l'enfant sera également bien nettoyée avant et après les tétées, avec une autre solution saturée d'acide borique.

Généralement on doit mettre l'enfant au sein dès la première journée, après avoir laissé la mère se reposer,

suivant les circonstances, de 8 à 12 heures. L'enfant sera porté de nouveau à sa mère à certaines heures, qui varient avec les opinions ou les théories des accoucheurs. Pour les uns, l'enfant doit prendre le sein toutes les 2½ ou 3 heures; pour les autres, toutes les 4 heures, pendant les 2 ou 3 premiers jours; enfin pour d'autres, seulement quand l'enfant s'éveille de lui-même. Quand la sécrétion lactée est établie, l'enfant devra boire toutes les 3 heures.

Dans l'intervalle des tétées, on applique sur le bout des seins des compresses stérilisées sèches. Les deux seins doivent être recouverts avec des linges bien propres qu'on renouvelle au moins deux fois par jour. La mère ne doit jamais toucher les mamelons; le contact du doigt qui n'est pas stérilisé peut facilement les infecter.

Les femmes, qui ont l'habitude, très louable et très pieuse, de porter des scapulaires, doivent de toute nécessité enlever ces insignes de la religon catholique, et les remplacer, comme l'a demandé le Saint-Père dans sa sagesse, par des médailles attachées à des chaînes très courtes. Le scapulaire, retenu par un long cordon, expose le mamelon à l'infection par suite de son contact. La médaille, qui a les mêmes vertus que le scapulaire au point de vue catholique, n'en offre plus, au point de vue hygiénique, les mêmes inconvénients ni les mêmes dangers.

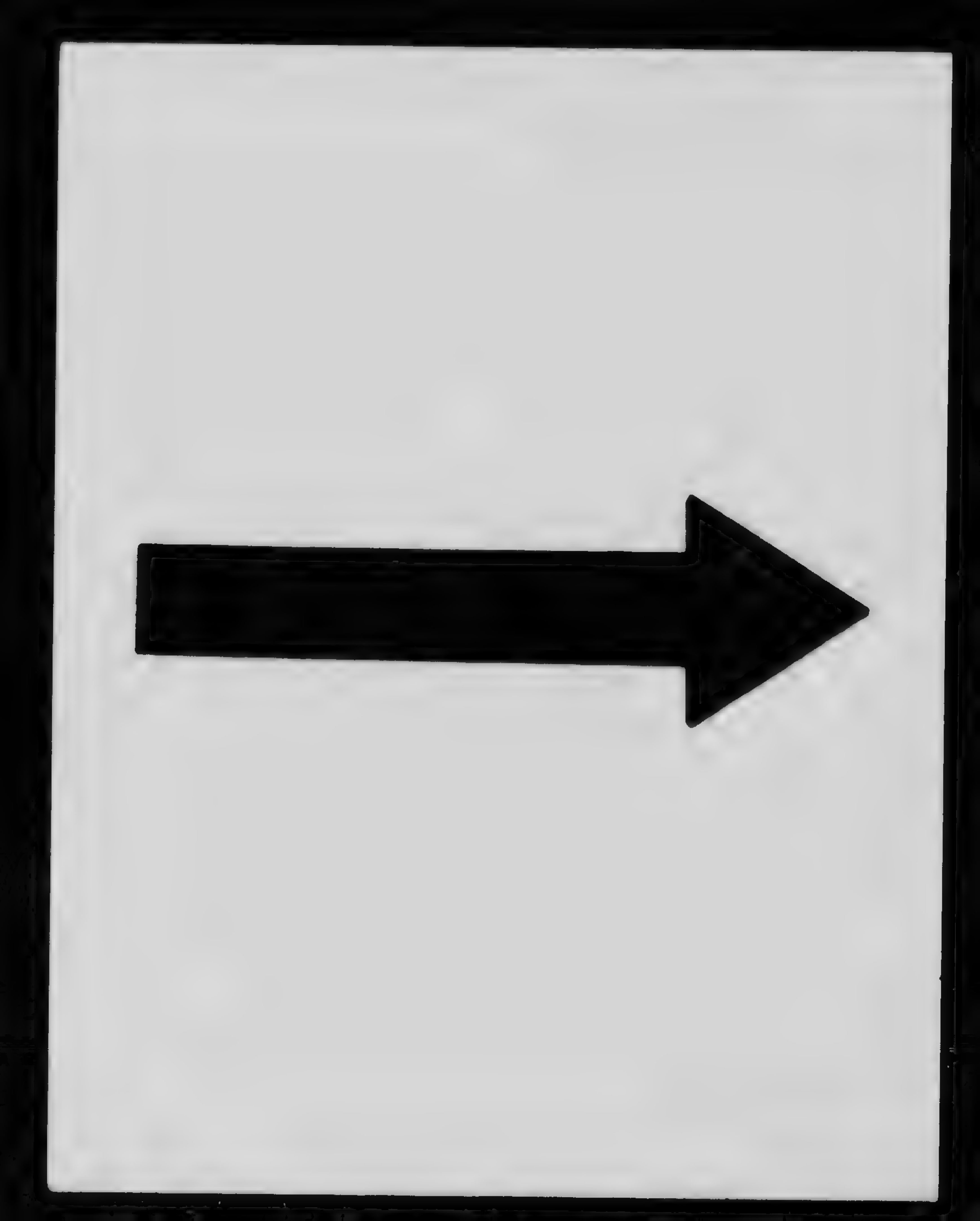
Souvent la compresse sèche appliquée sur les seins et le mamelon n'est pas suffisante. Si les mamelons sont sensibles et ont tendance à s'excorier, à se fissurer, on les touche avec de la teinture de benjoin composée, et on y applique de petites compresses imbibées de glycérine, d'un mélange de glycérine et d'alcool, ou des

compresses sur lesquelles on aura déposé de la vaseline boriquée. Je reviendrai sur ces détails dans le chapitre des infections du sein.

Si la femme a les seins un peu volumineux soit avant, soit après la montée du lait, on lui fera porter des brassières pour relever et maintenir les seins en bonne position.

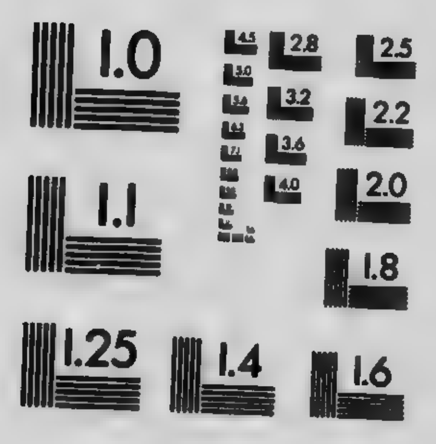
Parfois l'établissement de la sécrétion lactée est marquée par une distension exagérée et douloureuse des seins sur laquelle influent bien peu les tétées de l'enfant. Le traitement, dans ces cas, consiste à faire un massage doux et méthodique du sein, pour en enlever une certaine quantité de lait. Il faut être très prudent quand on se sert du tire-lait; si on l'emploie, il faut en aider l'action par un massage délicat de la périphérie du sein vers le mamelon. Toute manipulation un peu rude du sein peut produire facilement de l'inflammation et la déchirure des acini de la glande mammaire. Les compresses humides chaudes donnent de meilleurs résultats que le massage ou l'usage du tire-lait. Si l'on veut tout simplement soulager la malade, qui souffre d'une distention temporaire des mamelles, on lui fera diminuer la quantité des liquides qu'elle boit; on lui appliquera sur les seins, pour quelques heures, des compresses humides chaudes à l'acide borique; on lui fera prendre un purgatif salin.

Si, pour une raison quelconque, la femme ne nourrit pas son bébé, on lui donnera, dès le deuxième ou le troisième jour, un purgatif salin qu'on répètera à dose plus ou moins élevée tous les jours jusqu'à la disparition du lait. On aide l'action du purgatif par la compression des seins et surtout par l'application de



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





compresses humides chaudes. On retranche autant que possible tous les liquides de la diète de la patiente.

Avant de faire la compression, on peut enduire le sein avec une solution d'atropine dans de la glycérine (un grain de sulfate d'atropine pour une once de glycérine). On répète cette application deux fois par jour. On peut encore employer l'huile camphrée chaude.

ASEPSIE ET ANTISEPSIE PENDANT LES SUITES DE COUCHES. — Les règles de l'asepsie et de l'antisepsie doivent être appliquées aussi rigoureusement après qu'avant ou pendant l'accouchement. Les personnes qui soignent directement l'accouchée ne pourront jamais prendre trop de précautions; elles observeront les mêmes principes d'asepsie et d'antisepsie que pendant l'accouchement: pour elles-mêmes, propreté de leurs vêtements, désinfection soigneuse de leurs mains; pour la patiente, propreté du corps, propreté, asepsie et antisepsie de tous les objets qui viennent en contact avec elle.

Le lit de la malade sera maintenu dans une propreté absolue; les draps en seront remplacés souvent. Le linge de corps sera changé tous les jours s'il le faut.

La toilette des organes génitaux externes, qui auront été complètement ébarbés, sera pratiquée aussi souvent que nécessaire, mais jamais moins de trois à quatre fois par jour, et chaque fois que la malade urine ou a une évacuation alvine. On peut faire cette toilette de différentes manières, telles que les suivantes:

(1°) On prend deux bassins, dont l'un contient de l'eau stérilisée savonneuse dans laquelle on a jeté une dizaine ou plus de tampons de coton hydrophile; l'autre contient une solution antiseptique avec aussi des tam-

pons de coton. Après avoir glissé sous le siège de la malade un bassin approprié, l'on procède à la toilette des organes génitaux externes, avec les tampons et l'eau savonneuse. La toilette commence par le Mont de Vénus, s'étend aux côtés de la vulve, au sillon interfessier et l'anus, et se termine par les grandes et les petites lèvres. Un point important, qu'il ne faut jamais oublier sous peine d'exposer la malade à l'infection, c'est que, une fois qu'on a pris un tampon de l'un des bassins on ne doit jamais le retremper dans l'eau de ce bassin; ce tampon doit être mis de côté. On termine cette toilette en irriguant les organes avec le reste de l'eau savonneuse; puis on procède à une seconde toilette faite de la même manière avec les tampons baignant dans l'eau antiseptique. On assèche bien les parties.

Autres précautions d'une importance capitale:

(a) On peut passer et repasser le même tampon, deux, trois ou quatre fois, sur le Mont de Vénus et les côtés de la vulve, en brossant ou en frictionnant ces parties; il n'y a aucun inconvénent à ce faire; il est bien entendu que ce tampon n'est jamais retrempé dans le bassin;

(b) Mais, *on ne doit jamais passer deux fois le même tampon directement sur la vulve;* car il y a danger d'infecter la vulve. On y passera au besoin trois ou quatre tampons;

(c) *On doit toujours passer le tampon directement sur la vulve de haut en bas, en partant de la commissure antérieure et non du Mont de Vénus;*

(d) *On ne doit jamais passer le tampon sur la vulve de bas en haut ou d'arrière en avant,* de crainte

de transporter des microbes du sillon interfessier à la vulve ou dans le vagin;

(e) De même, *le tampon qui sert à nettoyer le sillon interfessier doit être dirigé de haut en bas; on ne doit le passer qu'une seule fois sur cette partie.* On se servira de trois ou quatre tampons si c'est nécessaire;

(f) On ne prend jamais, pour faire la toilette de la vulve, un gros paquet de coton absorbant ou une serviette qu'on trempe et retrempe dans l'eau savonneuse ou l'eau antiseptique, et qu'on passe et repasse sur la vulve.

(2°) On peut procéder autrement. On irrigue, avec une eau savonneuse, les parties génitales pendant qu'on les frictionne avec des tampons de coton, en opérant méthodiquement du Mont de Vénus aux parties larales de la vulve, au sillon interfessier, puis finalement aux grandes et petites lèvres. Quand on est arrivé directement sur la vulve ou qu'on entr'ouvre celle-ci pour en faire la toilette, il faut prendre de nouveaux tampons et ne pas se servir des tampons qui ont touché toute autre partie.

Si la malade peut uriner seule, on la fera uriner avant la toilette vulvaire. Si l'on est obligé de faire un cathétérisme, on fera la toilette vulvaire avant de passer le cathéter; le cathétérisme terminé, on fera une irrigation de la vulve.

Dans l'intervalle des toilettes, on appliquera sur la vulve des tampons épais faits d'une matière absorbante pour que les lochies ne se répandent pas au-delà. Le coton hydrophile, l'étoupe ou la gaze sont les meilleurs tissus à employer. Le coton et l'étoupe devront être enveloppés avec de la gaze. Ces tissus doivent être bien

stérilisés. S'ils sont antiseptisés, ils ne doivent pas l'être avec un antiseptique désodorisant ou possédant une odeur quelconque qui masquera celle des lochies, et nous enlèvera un symptôme d'une importance capitale. Les tampons peuvent être préparés à l'acide borique, à l'acide salicylique, au bichlorure; mais ils doivent être secs. Les tampons doivent être changés souvent dans le cours de la journée.

Les plaies vulvo-vaginales seront surveillées, attouchées à la teinture d'iode, mais traitées surtout par le péroxyde d'hydrogène pur.

Tous les accoucheurs sont d'accord sur l'utilité et la nécessité des toilettes antiseptiques des organes génitaux externes; la plupart d'entre eux les croient suffisantes chez toutes les accouchées, sauf dans les cas où il y a élévation de température par infection, ou lochies odorantes. La tendance actuelle est de se contenter des toilettes externes et d'abandonner *les injections vaginales.*

INJECTION VAGINALE. — Contrairement à la très grande majorité des accoucheurs, je suis resté un adepte, un partisan convaincu de l'utilité des injections vaginales. Placé à la tête d'une grande maternité, école de garde-malades et d'étudiants en médecine, j'ai vu trop souvent tout le bien qu'on pouvait retirer des injections, et tout le mal qu'on pouvait éviter par elles, pour n'être pas foncièrement convaincu que les injections, si elles ne sont pas absolument nécessaires dans tous les cas, n'offrent aucun inconvénient, aucun danger, quand elles sont bien faites, et qu'au contraire elles ne présentent que des avantages dans tous les cas.

On est surtout opposé à la méthode antiseptique

par les injections vaginales : parce qu'on n'a aucune confiance en la garde-malade, qui peut infecter la malade en lui donnant des injections ; parce qu'elle n'aura pas les mains aseptiquement nettes ; parce que l'irrigateur, le tube, la canule n'auront pas été suffisamment stérilisés ; parce que l'eau n'aura pas assez bouillie ; parce que le jet de l'injection peut pousser les lochies infectées du vagin dans l'utérus. Cependant ces mêmes adversaires irréconciliables de la méthode auront tout à coup confiance en cette même garde-malade, lorsque les lochies répandront de l'odeur ou quand la température s'élèvera. Pourquoi ce changement d'opinion, cette nouvelle façon d'agir ? Ce sera toujours la même garde, le même irrigateur, le même tube, la même canule, la même eau, et de plus des lochies vaginales infectées qu'on poussera dans un utérus peut-être sain.

Je forme mes garde-malades à la pratique des injections vaginales. J'ai confiance en elles et je ne crains pas de leur prescrire de donner régulièrement, à mes malades, deux injections par jour. En règle générale, dans les grandes maternités, on est opposé à la pratique des injections vaginales : (a) parce que le coût des antiseptiques dont on se sert finit toujours par obérer le budget de l'institution ; (b) parce que l'injection prend toujours plus de temps, exige plus d'attention qu'une toilette ordinaire ; (c) parce qu'on ne veut pas se donner le trouble d'enseigner la bonne manière de pratiquer l'injection ; aussi nombre de gardes sortent-elles des maternités complètement incapables de donner une injection quand elles sont obligées de le faire ; (d) parce que l'on peut pousser, affirme-t-on sans le prouver, dans l'utérus, par le jet de l'injection, des mi-

crobes qui ne sont encore que dans le vagin. S'il y a des microbes dans le vagin, (il y en a toujours), il n'est pas absolument nécessaire de donner une injection pour constater l'effet de leur ascension dans l'utérus, car ils y pénètrent facilement, sans y être poussées, à travers l'orifice du col, qui baigne continuellement dans le godet formé par le vagin, d'où les lochies ne s'écoulent pas toujours aisément. Si les injections ne délogent pas tous les microbes du vagin, elles enlèvent de cet organe une grande partie des produits dans lesquels ces microbes cultivent facilement ; elles empêchent la stagnation des lochies, leur décomposition, leur putréfaction.

L'idéal à obtenir pendant les suites de couches, c'est un écoulement facile des lochies. L'obtient-on souvent ? rarement. La femme étant dans la position horizontale, le vagin forme godet et retient les lochies en plus ou moins grande quantité, d'où stagnation et décomposition putride : la preuve en est dans le fait qu'il est excessivement rare, lorsqu'on ne donne pas d'injection, qu'il n'y ait pas d'odeur au bout de quelques jours, comme le dit un auteur américain, adversaire acharné de la méthode antiseptique par les injections vaginales. La femme s'asseyant ou prenant la station debout, les lochies s'écouleront facilement du vagin, mais s'accumuleront dans l'utérus qui s'antéfléchit, d'où lochiométrie, comme conséquence souvent infection. L'injection, favorisant l'écoulement des lochies, suppléera aux inconvénients de la position horizontale, et la femme ne sera plus obligée, pour vider son vagin, de prendre une position debout ou assise qui l'exposerait aux dangers d'une flexion ou version de l'utérus (lochiométrie, infection, sub-involution).

Pourquoi les adversaires acharnés de la méthode donnent-ils des injections aussitôt que la température s'élève, ou que les lochies répandent un peu d'odeur? Ne craignent-ils plus d'introduire, dans l'utérus, les microbes qui infectent les lochies, probablement encore, seulement dans le vagin? Ou la méthode est bonne, ou elle est mauvaise. Si elle est bonne, utile et sans danger, quand il y a odeur des lochies, pour faire disparaître cette odeur et couper court à une infection qui commence, elle doit être meilleure pour prévenir et l'odeur et l'infection. Si elle est mauvaise, quand il n'y a ni odeur, ni infection, parce qu'elle expose à pousser dans l'utérus des microbes, qui ne sont encore que dans le vagin, elle devient excessivement dangereuse, quand il existe de l'odeur ou de l'infection, parce qu'alors, l'odeur ne venant peut être que de l'utérus, ou l'infection ne se faisant peut-être aussi que dans l'utérus, elle expose à substituer une infection polymicrobienne à une infection monomicrobienne, puisque, par le jet de l'injection, on peut pousser du vagin dans l'utérus des microbes dont la variété est absente de l'utérus.

Certains accoucheurs, et des grands, ont dit que l'injection vaginale était un luxe qu'on ne peut permettre aux patientes par l'entremise de toutes les garde-malades. Pourquoi l'injection est-elle un luxe? Et d'abord si c'est un luxe qu'on peut se payer avec de bonnes garde-malades, ce n'est déjà plus une chose dangereuse, ni même inutile. C'est un luxe, parce qu'il n'y a que les bonnes garde-malades qui peuvent et doivent les donner; c'est un luxe, parce que les autorités ou les professeurs dans les maternités n'ont pas compris leur devoir en n'enseignant pas suffisamment, ou même pas

du tout, la vraie technique de cette méthode, qui est cependant d'une simplicité incroyable. De toutes parts on s'est évertué à crier les méfaits des injections plutôt que d'en chanter les avantages. Hé bien! je pousserai la chose plus loin, et je dirai: ce n'est pas, comme on le croit ou comme on veut le croire, tant l'injection qui a provoqué ou réveillé l'infection que le manque d'asepsie ou d'antisepsie au moment de l'accouchement.

Enseignons, dans toutes les maternités, à nos garde-malades la vraie technique des injections vaginales, et toutes les objections, qui s'élèvent contre la méthode, tomberont à plat.

Je me résume et je dis: si l'injection peut être utile et avantageuse quand il y a des lochies odorantes, si elle peut couper court à une infection commençante, sans exposer à une plus grande infection, elle peut, à plus forte raison, empêcher les lochies de devenir odorantes et prévenir l'infection.

L'injection vaginale bien faite n'a jamais fait de mal. Elle nettoie le vagin, le débarrasse des caillots, des débris, des liquides qui sont rarement exempts de microbes. En plus, elle est agréable à la femme qui se sent mieux et plus à l'aise.

En tout cas, l'injection vaginale est indispensable dans les cas d'accouchement long, laborieux, terminé artificiellement; dans les cas de rupture prématurée des membranes, de rétention de débris ovulaires, de lochies odorantes, d'élévation de température.

Les injections vaginales peuvent être données avec la solution de bichlorure de mercure à 1 pour 4,000; de permanganate de potasse à 1 pour 1,000 ou 1,500; avec l'eau oxygénée pure, la liqueur de Labarraque à 1 cuil-

lerée à soupe par litre; avec la solution physiologique, etc.

La garde-malade aura la précaution, avant la première injection, de faire bouillir le bock, le tube et la canule pendant une demie-heure. Après l'injection, le bock sera enveloppé d'un linge propre et placé dans un tiroir à l'abri des poussières. Quand on s'en servira de nouveau, on y fera passer de l'eau bouillante avant d'y mettre la solution antiseptique. La canule sera bouillie après chaque injection et placee dans un flacon rempli d'une solution antiseptique, très forte, bichlorure à 1 pour 500. On ne l'enlèvera du flacon qu'au moment de l'injection, alors qu'on l'adapte au tube et qu'on la laisse tremper dans l'eau ántiseptique du bock. Après l'injection vaginale, on ne remet jamais la canule dans le bock; on l'enlève de suite du tube et on la place de côté pour la faire bouillir. L'eau qui va servir à l'injection doit bouillir une demi-heure.

Si avec toutes ces précautions préliminaires, la garde peut se désinfecter les mains et prendre les soins antiseptiques voulus du côté des organes génitaux externes de la malade, (toilette de la vulve comme je l'ai indiquée plus haut), quels dangers y a-t-il à donner des injections vaginales qui seront si agréables à l'accouchée, et si utiles pour prévenir l'infection?

Les injections intra-utérines ne se donnent que si les suites de couches sont pathologiques et dans certaines conditions bien déterminées.

REPOS. — La toilette terminée après la délivrance, on place l'accouchée dans une chambre aussi vaste que possible, bien aérée, éloignée de tout bruit et modérément chauffée. On la laissera dormir aussi long-

temps que possible, car il n'y a rien de bienfaisant pour l'accouchée comme ce sommeil réparateur, qu'il faut respecter tout en surveillant le pouls et le globe utérin.

Le sommeil et la tranquillité sont très nécessaires pendant l'état puerpéral ; aussi trouve-t-on comme premier symptôme ou peut-être comme cause de la manie puerpérale l'absence persistante de sommeil dont peut souffrir la patiente. Le médecin doit chercher s'il n'y a pas d'hérédité mentale et y remédier immédiatement.

Contre l'insomnie, on peut essayer les bains d'éponge chauds à l'alcool ; quelquefois l'ingestion d'un verre de lait chaud amène le sommeil. La garde essayera d'agir sur le moral de la patiente, en se montrant gaie et en cherchant à dissiper ses inquiétudes et ses craintes. Comme médicament, on peut donner le bromure de sodium ou de potassium, le chloral, le véronal, la morphine, etc.

Si la femme n'a pas eu d'hémorragie pendant son accouchement, et si elle n'est pas exposée à l'hémorragie secondaire, il est inutile qu'elle conserve une immobilité complète dans son lit. Pendant dix ou douze heures, elle gardera le décubitus dorsal et ensuite le décubitus horizontal dorsal ou latéral ; elle fera bien attention de ne pas se coucher uniquement sur un seul côté. Certains accoucheurs conseillent même à la femme de se coucher par moment sur le ventre. En changeant de position, la malade se sent plus confortable, plus à l'aise et plus disposée au sommeil. Petit à petit la malade prendra une position plus inclinée. Après le septième jour, si tout va bien, elle peut s'asseoir dans son lit juste le temps de faire boire son bébé ou de prendre ses repas. Le décubitus dorsal, continué pendant sept ou huit

jours, comme certains médecins l'exigent, offre des inconvénients assez graves: il favorise la rétro-version ou flexion, et n'est pas très favorable à l'écoulement des [redacted]

La femme devra éviter tous les mouvements brusques; ils exposent aux hémorragies et aux embolies.

Pendant les premiers jours, on doit interdire toutes les visites. L'accouchée ne verra que son mari et les parents les plus proches. Les autres parents ne sont pas admis, et encore moins les amis et les voisins, visiteurs importuns qui fatiguent et ennuient la malade avec leurs longues histoires et leurs cancans. Les visites permises seront courtes et ne se feront jamais aux heures de repos ou de traitements.

Il faut éloigner de la malade tout ce qui peut la fatiguer, l'ennuyer, lui causer des émotions morales vives. Il faut à la malade du repos, du calme, de la tranquillité. Il est très avantageux pour elle que son enfant repose dans une autre chambre et ne lui soit apporté qu'au moment des tétées.

DIETE. — Il n'y a pas de diète spéciale pour l'accouchée. Trop longtemps on l'a privée de nourriture, dans la crainte qu'une indigestion aurait pu produire les fièvres puerpérales. Il n'y a aucune raison d'affaiblir la patiente qui, après tout, n'est pas une malade. On doit plutôt la mettre de suite à une alimentation saine et nourrissante qui ménagera ses forces, l'empêchera de perdre du poids; on doit la placer dans de bonnes conditions pour nourrir son bébé et résister mieux à l'infection qui pourra survenir.

Quelques heures après l'accouchement, on donnera à l'accouchée du lait, du thé ou du café. Plusieurs pa-

tientes demandent même de la nourriture solide; je n'en prive jamais mes malades.

Le goût et l'appétit de la femme sont de bons guides auxquels il faut obéir. Mais, d'une part, si on est large dans les libertés qu'on accorde sous le rapport de l'alimentation, d'autre part, il ne faut pas oublier que même une personne en santé, mise au lit, ne peut supporter une diète généreuse et abondante, sans éprouver des maux de tête, de la lassitude, du tympanisme. On permettra donc à la femme des aliments sains, faciles à digérer et en quantité moyenne surtout pendant les premiers jours. Quand les intestins fonctionneront bien, on pourra permettre une nourriture plus abondante. Il est bien entendu que la femme ne doit prendre aucun aliment qu'elle n'a pas l'habitude de bien digérer. Les erreurs de diète causent souvent une élévation de la température qui inquiète le médecin et la famille.

On ne doit jamais priver la malade d'eau et même d'eau froide.

LEVER DES ACCOUCHEES. — Il est vraiment curieux de lire les travaux qui se rapportent au lever des accouchées. C'est une contradiction presque permanente entre les adversaires du lever précoce et ceux du lever tardif et même du lever tempestif.

White, de Manchester (1773), Goodell, de Philadelphie (1875), Kustner, d'Allemagne (1899), et à la suite de ce dernier un grand nombre d'Allemands, ont préconisé le lever précoce des accouchées. Ils permettent aux femmes de se lever à leur gré: le premier, le deuxième, le troisième, le quatrième jour. Les accouchées peuvent quitter le lit pour s'asseoir dans un fau-

teuil un temps tous les jours progressivement plus long. Après deux ou trois jours, elles peuvent faire quelques pas, puis marcher; mais tout effort leur est défendu.

D'après ces auteurs, le lever précoce aurait pour avantages de favoriser le bon fonctionnement de l'intestin, d'éviter la rétention d'urine, de prévenir l'infection, d'améliorer rapidement l'état général, d'influencer favorablement la lactation, de faciliter l'écoulement des lochies, de modifier heureusement l'involution utérine, de prévenir les rétrodéviations, de favoriser l'antéversion normale, d'activer la circulation générale, de diminuer les risques de thrombose.

Presque tous ces avantages du lever précoce sont niés catégoriquement par la plupart des accoucheurs. Audebert, qui a résumé dans un travail les multiples discussions à ce sujet, nous dit: "De tous ces arguments en faveur du lever précoce il n'en est guère que deux qui puissent légitimer une telle pratique: les femmes ne présenteraient pas la stagnation intestinale; elles seraient d'emblée meilleures nourrices.

"Ces quelques avantages du lever précoce, ajoute Audebert, ne sont point en rapport avec les inconvénients qui en peuvent résulter: hémorragies utérines plus fréquentes et plus prolongées, possibilité d'infection utérine secondaire, prolapsus plus fréquents, dangers de mobilisation de caillots dans les cas d'infection latente, éventration abdominale persistante."

Shears, de la Polyclinique de New-York, nous rapporte que les médecins, qui ont exercé la médecine parmi les peuplades sauvages et qui viennent suivre ses cours, lui ont affirmé que chez les femmes Indiennes, pratiquant le lever précoce, les déplacements de l'utérus et

les prolapsus sont excessivement fréquents et la mort moins rare qu'on ne le croit communément.

Fochier était partisan du lever le cinquième jour, lorsque la température rectale ne dépasse pas 37° 6 c., et que le pouls est normal. Fabre suit cette même coutume à la Clinique Obstétricale de Lyon.

Fabre nous donne les conseils suivants sur le lever précoce.

"Dans tous les cas, il faut agir prudemment, en tenant compte des forces de la malade, et le plus souvent le premier lever consistera simplement dans le passage du lit à la chaise longue.

"Le fait à retenir est que le traumatisme obstétrical n'est rien et que l'infection est tout. Lorsque, depuis l'accouchement, le pouls a été normal, lorsque la température rectale oscille entre 36°, 9C le matin et 37°, 3C le soir, le lever peut être précoce.

"La moindre douleur, la plus petite accélération du pouls (90), la moindre élévation de la température, l'existence d'une rupture du périnée sont des contre-indications au lever précoce.

"Le premier lever doit être entouré de grandes précautions; l'accouchée doit être bien vêtue et passer une heure seulement sur un fauteuil placé au pied de son lit; le moindre malaise doit interrompre le lever; la température rectale, prise au moment du coucher, ne doit pas être plus élevée que celle de la veille.

"Si la température subit la moindre élévation, une nouvelle tentative doit être différée.

"Si la température rectale et le pouls n'ont pas été modifiés, les jours suivants la durée du lever aug-

mente d'une heure, mais sous le contrôle du thermomètre.

"Vers le quinzième jour, un repas peut être pris à table; vers le vingt et unième jour, une première sortie peut être effectuée."

Bar, Macé et Chirié permettent le lever à partir du sixième au septième jour, quand tout est normal. Ces trois auteurs donnent les mêmes conseils que Fabre: prendre la température avant et après le lever; premier jour, lever d'une heure et, le quatrième jour du lever on laisse la femme libre de faire des mouvements, de marcher, de se reposer. *Mais si les mouvements lui sont permis, les efforts lui sont interdits.* Toutes ces précautions, qui sont des précautions nécessaires, nécessitent une surveillance attentive par des gens compétents; aussi *cette méthode ne peut être,* reconnaissons-le, *employée que dans des cas très particuliers."*

Maintenant si on lit *bien les indications, et contre-indications du lever précoce,* données par Bar, Macé et Chirié, on sera étonné de constater d'après ces mêmes auteurs combien peu souvent cette règle du lever précoce peut être mise en pratique.

"Tous les auteurs, disent Macé et Chirié, sont d'accord pour défendre le lever précoce chez les femmes qui ont eu des complications pendant la grossesse, soit par maladie générale intermittente, soit par lésions organiques; il en est de même dans les cas où il y a des lésions (endométrite, placenta praevia) de l'oeuf et de l'utérus. *Le lever précoce sera en effet plus particulièrement contre-indiqué chez les femmes qui ont eu des hémorragies pendant la grossesse, le travail, car elles sont plus exposées que les autres aux phlébites et*

aux embolies. Dans tous les cas où l'accouchement a été dystocique, et s'est terminé par une opération obstétricale (forceps, version, délivrance artificielle), ou chirurgicale (césarienne vaginale, abdominale, pubiotomie, etc, déchirure du périnée), avant de permettre le lever, il faudra avoir la certitude qu'il n'y a pas eu de phénomènes infectieux légers. Si la femme est normale, si l'accouchement et la délivrance se sont effectués sans incident, on pourra permettre dans certaines conditions le lever précoce. Pour cela, il faut que la température rectale ne s'élève pas au-dessus de 37°, 5, que le pouls se maintienne au-dessous ou aux environs de 80 et que rien, dans l'examen de l'utérus, des lochies, ne permette de supposer qu'il y a infection. Fabre, de Lyon, recommande même la culture des lochies; elle permet de dépister les porteurs sains de streptocoques qui, malgré des apparences normales, sont cependant en imminence d'infection et doivent garder le lit."

Je continue à citer Macé et Chirié pour bien montrer que le lever précoce est une pratique dangereuse: "Le lever tôt, tel que nous venons de l'exposer, est un traitement ambulatoire des accouchées et ne doit pas être autre chose..... Il faut permettre le lever, mais le lever avec repos... Sans le repos, le lever précoce détermine des accidents dans une proportion considérable. Sur 100 femmes levées du deuxième au huitième jour après un accouchement normal (et qui avaient repris leurs occupations), Mme Darcanne-Mouroux a trouvé 27 fois un appareil génital normal; dans 73 pour cent, il existait des lésions diverses: subinvolution, métrites, 22; prolapsus deuxième degré, 20; rétroversion, 13;

antéversion exagérée, 6; colpocèle, rectocèle, 6; lésions inflammatoires, 5; phlébite, 1. Huffels a fait des constatations analogues dans le service de Kustner... On ne peut permettre, en effet, le lever et le mouvement qu'à la seule condition que la femme se reposera et ne reprendra ses travaux qu'au moins trois semaines ou un mois après l'accouchement."

Il ne faut pas avoir pratiqué les accouchements bien longtemps pour s'apercevoir qu'il est presque impossible de faire reposer sérieusement la femme dès qu'elle est levée.

"Il faut aussi remarquer, dit Charles, que ce lever précoce ne doit pas être confondu avec la manière de faire des femmes de la classe ouvrière, qui se lèvent deux ou trois jours après l'accouchement, travaillent dans leur ménage, se fatiguent, sortent, portent des fardeaux etc. L'expérience a démontré que ces femmes sont souvent victimes de leur imprudence, sont atteintes fréquemment de pertes sanguines interminables, d'inflammation de la matrice et des organes pelviens, de déplacements divers de l'utérus. Ces femmes s'usent rapidement, sont vieilles avant l'âge, ont des métrites chroniques, des leucorrhées, des descentes; elles restent souvent pâles, anémiques, éprouvent des douleurs dans le ventre, les reins, etc. En résumé, elles ruinent leur santé, leur constitution."

Une règle, qui souffre tant d'exceptions, qu'on ne peut appliquer qu'avec tant de circonspection, tant d'attention, n'est plus une règle, c'est une exception à une autre règle. Ce ne sera pour ainsi dire que par exception qu'on pourra l'appliquer dans une *maternité seulement*, où la température sera prise non pas

uniquement matin et soir, mais au moins toutes les quatre heures, et où l'on pourra faire des cultures des lochies. Ainsi le lever précoce, rarement praticable dans une maternité, devient d'une impossibilité complète en clientèle privée.

La plupart des accoucheurs permettent le lever du quinzième au vingtième jour; Ribemont, du dix-huitième au vingtième; de Lee, le neuvième ou le dixième; Edgar, Shears, après le quatorzième; Williams, vers le quatorzième. Ainsi la plupart des accoucheurs ont pour principe de permettre le lever lorsque la femme ne perd plus de sang et que l'utérus est redevenu organe pelvien.

Si, avant son accouchement, la femme avait déjà présenté des accidents utérins (métrite, déviation, prolapsus, etc), si elle continue à perdre du sang en assez grande quantité, ou si elle a présenté des accidents fébriles pendant les jours qui ont suivi l'accouchement, le séjour au lit doit être prolongé beaucoup plus longtemps, sans que l'on puisse fixer de limites précises.

Voici ma pratique tant à la Maternité qu'en clientèle privée:

(a) *Maternité; salles communes.*—Le nombre restreint de lits ne me permet pas de tenir mes accouchées au lit aussi longtemps que je le voudrais. Il est entendu cependant que pas une seule patiente ne peut sortir du lit avant le dixième jour révolu des suites de couches. Encore faut-il, pour qu'elle en sorte alors, qu'elle n'ait pas eu une température dépassant, à deux reprises, la normale. Si la température s'élève par deux fois à 37.5°C., ou si elle se maintient plusieurs jours de suite à 37.3°C., la patiente reste au lit au

moins pendant 12, 13 ou 14 jours. Si la température s'est élevée deux ou trois fois à 38.5°C., ou s'est maintenue pendant quelques jours à 38°C., la patiente restera au lit pendant 16, 17, 18 jours ou même plus.

La température et le pouls ne sont pas mes seuls guides pour juger de la longueur du séjour au lit. Il n'est jamais permis à aucune patiente de sortir du lit avant que je n'aie fait le palper de l'abdomen pour constater que l'involution utérine est normale, que les annexes ne sont pas affectés; avant que je n'aie examiné les lochies et vérifié si elles sont normales quant à leur couleur, leur quantité, leur odeur; avant que je ne sois absolument certain qu'il n'existe pas le moindre symptôme de phlegmatia.

(b) *Maternité; chambres privées.* — Toutes mes patientes absolument normales des chambres privées sont tenues au lit de 18 à 20 jours.

(c) *Clientèle privée à domicile.*—Toutes mes patientes, qui accouchent hors de la Maternité, sont tenues au lit de 18 à 20 jours, quand elles sont absolument normales.

A la Maternité ou en dehors, je permets à mes patientes normales, qui n'ont pas eu de grandes déchirures du périnée, de s'asseoir dans leur lit, après le 7e jour, pour leurs besoins naturels, pour leurs repas et pour les repas du bébé.

J'ai essayé de toutes les méthodes du lever; celle que je suis et que je préconise aujourd'hui est celle qui m'a donné les meilleurs résultats: séjour prolongé au lit, et repos.

En général les femmes se lèvent trop tôt après l'accouchement; elles travaillent trop vite et se fatiguent

trop; aussi sont-elles pour la plupart exposées aux maladies de l'utérus de toutes sortes et à toutes les conséquences qui en découlent: pertes rouges, même hémorragies, pertes blanches, douleurs lombaires ou dans le bas-ventre, déviations utérines, anémie, dérangements du système nerveux, neurasthénie, etc.

La femme, qui relève bien après un accouchement, présume, en général, trop de ses forces et de son bien-être, et elle s'expose trop souvent par fanfaronnade ou imprudence, aux maladies de l'utérus qui ne donneront leurs symptômes que quelques mois ou quelques années après l'accouchement.

Lorsque la femme se lève pour la première fois il lui faut prendre beaucoup de précautions. Elle s'asseoit au bord du lit, les jambes pendantes. Quand elle ne sent plus d'engourdissements, ni de picotements aux jambes, elle peut sortir de son lit pour se mettre dans un fauteuil, pendant à peu près une demi-heure; l'après-midi, elle fera de même. Le lever sera ensuite continué et prolongé chaque jour régulièrement. Après trois ou quatre jours la femme peut faire des mouvements et marcher, mais elle ne restera pas trop longtemps debout et devra, à plusieurs reprises, dans la journée, garder la situation horizontale.

SORTIES ET REPRISE DES OCCUPATIONS. —Pendant la quatrième semaine, c'est-à-dire huit à dix jours après son premier lever, si tout va bien, la femme peut commencer ses sorties qui doivent être courtes, faites à pied. La voiture doit lui être interdite pendant un certain temps encore, surtout à la campagne. La femme ne doit pas faire de l'*automobile* avant l'involution complète de l'utérus, c'est-à-dire avant

au moins 60 jours. Les voyages en automobile arrêtent l'involution, produisent des métrites, des déplacements, et très souvent sont la cause d'hémorragies parfois graves. La femme devra encore attendre le retour des couches (45e ou 55e jour) avant d'entreprendre un long voyage.

Plus la femme retarde le moment de reprendre ses occupations ou sa vie habituelle, plus l'involution se fait régulièrement et complètement, et plus elle a de chance de voir sa santé se rétablir parfaitement.

PETIT RETOUR DE COUCHES.—Assez fréquemment du quinzième au vingt et unième jour, il se produit un écoulement sanguin, soit au moment où la femme commence à se lever, soit alors même qu'elle tient encore le lit. Cet écoulement dure un jour ou deux. Quelquefois ces hémorragies assez abondantes sont l'indice d'une infection de l'endomètre, latente ou débutante. C'est à peu près à cette époque que surviennent les phénomènes infectieux secondaires (phlébites ou salpingites; ces dernières par gonococcie).

RETOUR de COUCHES.—Le véritable retour de couches ou le rétablissement de la menstruation se produit du quarante-cinquième au cinquante-cinquième jour après l'accouchement. Il est en rapport avec la reprise de la fonction ovarienne. A ce moment aussi, il se fait parfois des poussées salpingiennes dues au gonocoque.

En général, les femmes qui n'allaitent pas revoient leurs menstruations entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement. J'ai vu assez fréquemment des filles-mères en parfaite santé, n'allaitant pas

leur bébé, être six à sept mois sans être menstruées et n'en souffrir aucunement.

D'un autre côté, on croit que d'ordinaire les femmes qui nourrissent ne voient pas revenir leurs règles pendant tout le temps de la lactation. C'est une erreur. Chez quelques nourrices, le retour de couches apparaît au temps habituel, mais les menstruations sont suspendues, surtout chez les multipares. D'après les statistiques de Remfrey, 57 p. 100 des nourrices ont une aménorrhée absolue; 43 p. 100 sont menstruées plus ou moins régulièrement, et 20 p. 100 le sont régulièrement. Les multipares, qui nourrissent, ne sont que rarement réglées.

Pendant le petit retour et le véritable retour de couches, la femme évitera les fatigues; elle reprendra le lit, si l'écoulement sanguin est très abondant.

RELATIONS CONJUGALES.—Les rapprochements sexuels ne doivent être repris qu'après le retour de couches, c'est-à-dire après la première époque menstruelle.

IMPREGNATION SUBSEQUENTE. — Il est certain que la femme peut devenir enceinte de nouveau, dès la première menstruation qui suit son accouchement. Bonnar place, d'après certaines statistiques, la date la plus rapprochée d'une nouvelle grossesse, au quatorzième jour après un accouchement.

DEUXIEME PARTIE

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES : INFECTIONS PUERPERALES

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION ET ETIOLOGIE DE L'INFECTION: ORIGINE DES GERMES, ETC.

ARTICLE I

DEFINITION. — On entend par infection puerpérale tout état morbide qui résulte de la pénétration des germes pathogènes dans l'appareil génital pendant ou après l'accouchement. Les infections du sein rentrent dans le cadre nosologique de l'infection puerpérale, dont elles ne sont qu'une des modalités. Mais on ne saurait y faire entrer, comme autrefois, quand on parlait de la fièvre puerpérale, toutes les maladies fébriles qui apparaissent durant les couches, quoique dans certains cas, ces maladies soient sous la dépendance directe de la puerpéralité, telle la pyélonéphrite, par exemple. La raison de cette différence c'est que ces infections médicales ou chirurgicales, grippe, tuberculose, appendicite, n'ont pas l'appareil génital pour porte d'entrée.

Cette maladie a reçu différentes appellations. On disait autrefois *fièvre puerpérale*, parce qu'on la croyait une maladie *sui generis*, essentielle, propre à l'état puer-

péral. de Lee et Maygrier lui ont conservé son ancien nom et ils disent indifféremment fièvre puerpérale, ou infection puerpérale. "La fièvre puerpérale ou l'infection puerpérale, dit de Lee, est un terme général embrassant toutes les conditions, habituellement de nature fébrile, parfois non-fébrile, qui résultent de l'infection d'un point quelconque du tractus génital."

Certains auteurs prendraient l'expression *infection puerpérale,* dans un sens moins large. Ils feraient une distinction entre l'infection puerpérale et l'intoxication. La première serait le résultat de la pénétration des microbes dans le sang ou les tissus, tandis que la seconde signifierait l'absorption des toxines seules. Cette division subtile ne peut être que théorique puisque, dans l'un et l'autre cas, on peut observer exactement les mêmes symptômes, la même gravité et la mort comme terme final possible.

Le terme *septicémie puerpérale,* dont se servent quelques auteurs américains pour désigner l'infection puerpérale en général, prête un peu à la confusion, puisque, d'après tous les auteurs, la septicémie est une des variétés de l'infection puerpérale.

Ainsi l'expression *infection puerpérale* est celle qui convient le mieux, puisqu'elle embrasse tous les cas, légers, moyens ou graves, avec ou sans élévation de température, et toutes les pertubations, locales ou générales, dans l'équilibre de la santé. Elle a l'avantage de nous rappeler la cause de la maladie, le microbe, et la porte d'entrée du microbe: les organes génitaux lésés par l'accouchement. Elle exclue par là même toutes les infections qui n'ont pas leur origine au niveau de la zone génitale.

FREQUENCE. — La connaissance de la véritable cause de l'infection puerpérale a eu pour résultat d'appliquer, en obstétrique, les règles de l'asepsie et de l'antisepsie et de faire diminuer considérablement la fréquence de l'infection.

A la Maternité de Paris, de 1858 à 1869, temps d'inaction où l'on ne croit pas à la contagion des accidents puerpéraux, la mortalité par infection puerpérale est de 9, 3 pour 100; de 1870 à 1881, période de lutte contre les causes d'infection et de contagion, sans antisepsie, la mortalité tombe à 2, 3 pour 100; de 1882 à 1889, période caractérisée par l'emploi des antiseptiques, la mortalité descend à 1, 1 pour 100. Depuis la mortalité par infection puerpérale est presque disparue des Maternités (0.15 pour cent); aussi dans les discussions au sujet de la fréquence de l'infection, en ce qui concerne les maternités au moins, on oublie pour ainsi dire la question de la mortalité, pour ne s'occuper que de celle de la morbidité dont on s'efforce de diminuer le pourcentage. En établissant la moyenne, d'après les statistiques de 16 maternités, on trouve un chiffre de 10 pour cent de morbidité, avec un chiffre maximum de 25 ou 30%, et minimum de 2,88 ou 4,4%.

Il est très facile d'établir des statistiques dans les maternités et de constater les progrès constants dans la voie des améliorations; mais, en dehors de ces institutions, il est impossible d'avoir des rapports exacts, pour plusieurs raisons dont les principales sont: 1° que les médecins ont une aversion naturelle à accepter le diagnostic d'infection, quand ils peuvent trouver le moindre prétexte de l'éliminer; 2° que les statistiques des bu-

reaux de santé ont peu de valeur, attendu que la majorité des mortalités occasionnées par l'infection est attribuée à d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la méningite, le rhumatisme, etc.; 3° que l'on ne peut se guider sur les statistiques de la mortalité, attendu que la plupart des cas ne se terminent pas fatalement; 4° que les médecins tiennent rarement un registre de leurs cas.

Dans la clientèle privée, la mortalité par infection est en général encore très élevée, et la morbidité reste toujours à un taux qui prouve qu'il y a encore trop de médecins peu ec· ·ieux et peu soigneux; pour preuve, on n'a qu'à suivre dans les hôpitaux, les cliniques de gynécologie. On y verra dans quelles proportions les femmes ·frent des troubles, qui n'ont d'autre origine que l'int· on puerpérale due, dans la plupart des cas, à l'oubli, p· · le médecin, des règles de l'asepsie.

ARTICLE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE L'INFECTION PUERPERALE.

L'infection puerpérale, n'étant ni plus ni moins qu'une maladie provenant d'une plaie infectée, a nécessairement comme agent un microbe dont il nous faut étudier la nature, l'origine, et connaître sa porte d'entrée et le terrain sur lequel il évolue.

AGENTS PATHOGENES. — A la suite des travaux de Doléris (1880) et de Widal (1889), on ad-

mit pendant longtemps que toutes les infections puerpérales étaient dues à une seule espèce de microbe, le streptocoque pyogène. Actuellement la spécificité de ce microbe est niée d'une façon absolue, et il est démontré, par les recherches bactériologiques, que tous les microbes pathogènes peuvent donner naissance à des accidents infectieux se développant au niveau de l'appareil génital, et produire des manifestations morbides diverses et graves.

L'infection puerpérale peut être due à un seul germe infectant aérobie ou anaérobie: elle est monomicrobienne; c'est l'exception. Généralement l'infection est causée par l'action combinée de plusieurs espèces microbiennes qui peuvent être toutes soit aérobies. soit anaérobies: elle est polymicrobienne. Le plus souvent l'infection polymicrobienne est une infection mixte, c'est-à-dire que les espèces microbiennes qui en sont la cause sont aéro-anaérobies.

Les microbes les plus habituellement décelés sont, à l'état isolé ou en association: le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le coli-bacille, le gonocoque, les différents anaérobies ou germes de la putréfaction. L'infection puerpérale peut encore reconnaître comme origine: le pneumocoque, le tétragène, le bacille de Loeffler, le bacille d'Eberth, le bacille de Nicolaier, etc.

(a) *Streptocoque pyogène.*—Le streptocoque n'est pas l'agent spécifique de l'infection puerpérale, mais il n'en est pas moins l'agent par excellence de l'infection. C'est lui qu'on rencontre le plus souvent dans les cas graves, et l'on peut déceler sa présence dans les examens bactériologiques du sang au cours des septicémies. Il est capable de donner naissance à toutes les formes cli-

niques et à toutes les lésions variées de l'infection puerpérale, depuis les formes locales, vulvo-vaginite ou endométrite, la simple toxémie à la suite de rétention des lochies, jusqu'à la péritonite et la septicémie suraiguë qui tue la malade en quelques heures.

Grâce à sa virulence supérieure, le streptocoque donne naissance à des infections généralisées plus souvent qu'à la suppuration.

Le streptocoque peut trouver une porte d'entrée à tous les points du canal génital et pénétrer de suite, par la voie lymphatique et par des capillaires, dans le torrent circulatoire, sans produire beaucoup de réaction locale.

Dans l'infection à streptocoque pur, sans association, *les lochies n'ont aucune odeur.*

(b) *Staphylocoque.* — Le staphylocoque donne le plus souvent lieu à des infections localisées aux parties génitales inférieures; cependant il peut infecter l'utérus et les annexes, et produire même des infections généralisées, principalement à forme pyohémique. On constate souvent sa présence dans les foyers métastatiques et dans le sang des infectées.

L'infection à staphylocoque seul ne donne *pas d'odeur aux lochies.*

(c) *Coli-bacille.* — Le coli-bacille, venant de l'intestin, peut arriver facilement au vagin et infecter les plaies vulvo-vaginales, de même que l'utérus. Il détermine la fétidité des lochies. Dans certaines conditions, il est capable de produire des gaz: physométrie, emphysème utérin, septicémie gazeuse généralisée.

Pendant la grossesse comme après l'accouchement,

la coli-bacillose peut être la cause des appendicites, des cholécystites, des pyélonéphrites, des ictères graves.

Le coli-bacille associé au streptocoque et au staphylocoque peut produire à la vulve et au vagin des membranes grisâtres, verdâtres ou jaunâtres, qui n'ont pas la même épaisseur et ne sont pas aussi adhérentes que les membranes de la vraie diphtérie.

Les infections urinaires, très fréquentes dans les suites de couches, puisqu'elles existeraient dans les 1/15 des accouchements, seraient presque toujours dues au coli-bacille. Ces infections, qui consistent en cystite et en pyélo-néphrite, passent souvent inaperçues.

Le coli-bacille peut être la cause d'infection généralisée et de métastases. On peut le déceler dans le sang des infectées.

(d) *Gonocoque.* — Le gonocoque peut agir de deux manières. Il peut soit préparer le terrain pour l'invasion des autres microbes, dont il exaltera la virulence en même temps que la sienne par suite de symbiose; soit jouer le rôle principal et produire une infection gonococcique proprement dite.

Une gonorrhée, latente ou apparemment guérie, peut se réveiller et prendre de nouveau de la virulence sous l'influence de la grossesse, du traumatisme de l'accouchement et des conditions de culture favorables pendant les suites de couches.

Le gonocoque se localise généralement sur l'endomètre ou dans les annexes. Parfois il peut être la cause d'une péritonite, ou il peut déterminer une septicémie généralisée avec ou sans complication du côté des viscères (endocardite) ou des articulations (arthrites à gonocoques). On a trouvé le gonocoque dans le sang.

Vu le développement lent de ce micro-organisme, les manifestations morbides apparaissent d'ordinaire tard pendant les suites de couches.

Dans l'endométrite à gonocoques, les lochies deviennent rapidement et franchement purulentes et très abondantes, ne présentant pas l'odeur de celles de l'endométrite anaérobique, mais tout de même ayant une odeur caractéristique, *sui generis*.

(e) *Anaérobies.* — Les différents anaérobies ou germes de la putréfaction, dont les variétés sont nombreuses, peuvent, dans des conditions favorables, produire des toxines sérieuses, même fatales, ou déterminer des infections généralisées, dans lesquelles tous les organes, le sang y compris, deviennent spumeux. D'ordinaire les anaérobies ne donnent lieu qu'à des infections locales.

Les anaérobies agissent soit par eux-mêmes, soit comme microbes auxiliaires et renforcent la virulence d'autres microbes, par symbiose. Ils ont peu de tendance à envahir les tissus et ils restent généralement cantonnés dans l'utérus où ils produisent l'endométrite putride ou la gangrène. Certains d'entre eux, cependant, peuvent pénétrer, à travers la barrière leucocytaire de granulation, jusque dans le parenchyme utérin et y causer des abcès, du sphacèle, de l'emphysème. Ils peuvent dépasser l'utérus, et, par l'intermédiaire des lymphatiques et des veines, envahir la circulation générale qu'ils infectent. Ils produisent ainsi la septicémie au sens vrai du mot.

Les anaérobies donnent *aux lochies une fétidité très marquée, une odeur de gangrène.*

Les principaux germes anaérobies sont: le *bacil-*

lus perfringens de Vieillon, bacille identifié au *bacillus aerogenes capsulatus* de Welch et Nuttal, ou *bacillus emphysematosae* de Francke, microbe essentiellement gazogène, agent le plus constant de la physométrie, de la septicémie gazeuse, jouant un rôle presque aussi considérable que celui du streptocoque, du moins dans les infections avec rétention placentaire; le *bacillus ramosus*, microbe habituel des processus gangreneux; le *bacillus radiiformis;* le *micrococcus foetidus;* le *bacillus thetoïdes;* le *bacillus caducus;* le *bacillus nebulosus;* le *streptococcus tenuis;* le *staphylococcus parvulus*, etc.

ARTICLE III

ORIGINE DES GERMES INFECTUEUX. — Les agents infectieux qui déterminent l'infection puerpérale peuvent provenir de deux sources différentes:

(A) Ils ont été apportés de l'extérieur dans les voies génitales: ils sont hétéro-génétiques, et l'infection est dite *hétérogène;*

(B) Dans des cas rares, la femme contient, dans un point quelconque de son organisme, le microbe qui devient virulent à l'occasion du traumatisme obstétrical: c'est l'*auto-infection.*

(A) *HETERO-INFECTION.*—Cette source d'infection est de beaucoup la plus fréquente, et c'est à elle qu'il faut tout d'abord penser quand la température s'élève pendant les suites de couches. Presque toujours l'infection puerpérale est due à un contage direct par le doigt, les instruments, les objets de pansements.

Les germes infectieux peuvent être apportés aux

organes génitaux de la femme, de différentes manières. Le doigt de l'accoucheur ou de la garde est le principal agent de contage, et le toucher vaginal pratiqué avec un doigt non-absolument aseptique devient le grand facteur de l'infection puerpérale. Le doigt du médecin, praticien général, est presque continuellement en contact avec des microbes d'espèces différentes, microbes provenant de la diphtérie, de la pneumonie, de la desquamation à la suite de scarlatine, de la suppuration des plaies, des surfaces érysipélateuses, etc., etc., de sorte qu'il est constamment porteur d'infection. Les microbes répandus sur la peau, dans les couches épidermiques superficielles, dans les canaux glandulaires et surtout au niveau des gouttières unguéales, sont ordinairement peu dangereux pour le médecin, mais ils peuvent atteindre un degré de virulence considérable dans les organes génitaux de la femme en travail ou accouchée.

Le doigt du médecin ou de la garde, porteur lui-même d'une lésion suppurative (abcès, panaris, etc.) devient une source certaine d'infection pour l'accouchée. Le doigt de la garde, qui touche au pus de l'ophtalmie, aux lochies infectées, devient très dangereux.

Le doigt de l'accouchée elle-même est quelquefois l'agent de transport du microbe. J'ai vu une femme se pratiquer un toucher pendant l'accouchement pour constater comment avançait le travail; j'en ai vu d'autres s'examiner la vulve, le périnée et le vagin pendant les suites de couches. Ces touchers sont loin d'être aseptiques et sont presque toujours une cause d'infection.

Tous les instruments, tels que forceps, basiotribe,

canules vaginales ou utérines, peuvent, en venant en contact avec les organes génitaux ou en y pénétrant, devenir des agents d'infection. Il en est de même des objets de pansement malpropres ou souillés, des liquides non stérilisés employés pendant et après l'accouchement, des vêtements du médecin, de l'entourage.

La chambre de la malade peut devenir une source d'infection, si elle est ou a été habitée auparavant par une malade atteinte de suppuration ou d'une maladie contagieuse ou infectieuse.

(B) *AUTO-INFECTION.* — L'auto-infection existe sans doute possible; mais elle est beaucoup plus rare, et les cas sont, en général, moins graves que ceux de l'hétéro-infection. L'infection d'origine autogène est celle qui prend naissance au niveau du canal génital, grâce à des germes y existant au préalable, ou y étant venus d'un point quelconque de l'organisme, en dehors de toute cause de contage extérieur (Jeannin). Budin donnait la définition suivante de l'auto-infection: la femme puise en elle-même les germes de la maladie.

L'auto-infection se divise en deux classes suivant qu'elle est (a) d'origine extra-génitale; (b) d'origine génitale.

(a) *Auto-infection d'origine extra-génitale.*—Les microbes, existant déjà chez la femme, peuvent envahir l'utérus de différentes manières. Dans les inflammations peri-utérines anciennes, salpingites, ovarites, phlegmons du ligament large, appendicite, il existe un foyer septique juxta-utérin. Les tiraillements et l'irritation de ces lésions, produits par l'utérus se développant sous l'influence de la grossesse, ou par le travail de l'accouchement, réveillent leur état inflammatoire,

et les microbes, qui y sont retenus, reprennent une nouvelle virulence, suivent la trompe ou les adhérences et parviennent jusqu'à l'utérus qu'ils infectent.

L'auto-infection d'origine intestinale peut se produire par différents mécanismes. Le colibacille peut pénétrer dans le tractus génital, à la faveur des fistules et des déchirures recto-vaginales, par la voie périnéo-vaginale, ou en suivant les adhérences entéro-génitales. Le coli-bacille peut traverser l'intestin sans qu'il existe de solution de continuité des parois; il suffit qu'il y ait compression et congestion de l'intestin.

La suppuration du système urinaire, *urétrite, cystite, pyélo-néphrite,* peut devenir la source de l'infection puerpérale.

Les microbes pathogènes peuvent être amenés à l'utérus par la voie sanguine, au cours des maladies infectieuses: la pneumonie, l'érysipèle, la scarlatine, etc. La grippe est surtout à craindre, parce qu'elle s'accompagne souvent d'infections secondaires, qui envahissent l'économie et se localisent dans l'utérus.

Les microbes peuvent encore partir de certains foyers infectieux: furoncle, panaris, etc., suivre la voie sanguine et envahir l'utérus où leur virulence s'exaltera.

(b) *Auto-infection d'origine génitale*—Existe-t-il au niveau des organes génitaux des microbes pathogènes ou capables de le devenir et d'être l'occasion de l'infection puerpérale?

A l'état pathologique les organes génitaux contiennent évidemment des microbes susceptibles de donner naissance à l'infection. Dans les cas d'endométrite gravidique, de fibromes utérins en train de suppurer, de cancer sphacélé, de cervicite, de vaginite, de vulvite,

de Bartholinite, il existe, dans les organes génitaux, des variétés nombreuses de microbes : streptocoques, staphylocoques, etc., etc. Le gonocoque domine très fréquemment.

A *l'état normal* ou *chez la femme saine*, enceinte, la majorité des auteurs admettent aujourd'hui la théorie de Walthard, qui divise, au point de vue bactériologique, les organes génitaux de la femme en deux zones, l'une supérieure et l'autre inférieure, séparées par le bouchon muqueux du col. Ce bouchon muqueux lui-même est divisé en trois zones dont une, l'inférieure, est remplie de microbes et de leucocytes ; une autre, la moyenne, ne contient que des leucocytes, pas de microbes, et enfin la troisième, la supérieure, n'a ni microbes, ni leucocytes.

La partie des organes génitaux, située au-dessus de la zone moyenne du col, c'est-à-dire la partie supérieure du col, le corps de l'utérus et la trompe, est stérile grâce au bouchon muqueux et aux nombreux leucocytes qu'il contient ; la partie inférieure des organes génitaux, celle située au-dessous du col, est d'autant plus riche en microbes qu'on examine une zone plus basse.

Pendant la grossesse, à l'état normal, *la vulve* possède toujours une flore microbienne abondante et variée. On y trouve le streptocoque pyogène (dans 72 % des cas d'après Dubendorfer), le staphylocoque, le coli-bacille, un bacille pseudodiphtérique et une grande variété de saprophytes aérobies ou anaérobies.

La glande de Bartholin est stérile.

A l'état normal, *le vagin* contient des quantités de germes dont le nombre diminue en proportion de la hauteur de la cavité. Dans la partie inférieure, la flore

ressemble beaucoup à celle de la vulve, mais elle est moins abondante. Dans la partie supérieure la flore est constituée surtout par des anaérobies; on y trouve des saccharomyces, des sarcines, le micrococcus fœtidus, le bacillus caducus, le bacillus nebulosus, etc.

Les recherches de Kronig, de Menge et de Williams tendraient à nous faire croire qu'il n'existe pas de bactéries pyogènes dans le vagin de la femme saine; mais d'un autre côté les derniers travaux de Bumm, Natwig, Wegekins, Kronig et Pankow (1909) et Winter (1911) paraissent prouver que, pendant les dernières semaines de la grossesse, le vagin de la femme apparemment saine contient des streptocoques et des staphylocoques dans 40 à 75% des cas examinés, et que ces bactéries, tout en vivant en saprophytes, peuvent envahir l'utérus ou les plaies, pendant les suites de couches, et causer l'infection puerpérale.

Pourquoi la cavité vaginale ne contiendrait-elle pas des micro-organismes à l'état normal comme les autres cavités? Dans la bouche et le nez, on trouve des streptocoques, des staphylocoques, des pneumoçoques, des bacil' ,e la diphtérie.

Puisque le vagin de la femme enceinte et en travail contient des bactéries pourquoi toutes les femmes accouchées ne font-elles pas de l'infection? D'abord, parce que ces bactéries vivent en saprophytes et qu'il leur faut des conditions spéciales pour développer leur virulence; secondement, parce que le vagin possède un pouvoir bactéricide, ou au moins des qualités qui d'ordinaire retiennent l'activité de sa flore en dedans de certaines limites; on trouve là une certaine analogie avec ce qui se passe dans la bouche.

La vulve, le vagin et le col, anatomiquement moins riches en vaisseaux absorbants, sanguins et lymphatiques, que le corps utérin, et moins largement cruentés par l'accouchement que la zone d'insertion placentaire, résistent mieux à l'inoculation et la localisent sans peine.

Doderlein attribue le pouvoir bactéricide du vagin à l'acide lactique produit par le bacille vaginal, qui rend la sécrétion vaginale impropre à la culture des autres bactéries, surtout du streptocoque qui y est tué très vite. Kronig, introduisant des cultures de streptocoques, de staphylocoques, etc., dans le vagin des femmes enceintes, a vu ces microbes disparaître dans un temps variant de onze à vingt heures.

D'après Doderlein, les *sécrétions vaginales normales* sont *nettement acides*, blanches, ressemblent à du lait caillé, ne contiennent aucun mucus, sont en faible quantité et elles possèdent le microbe vaginal, cause de leur acidité. Les sécrétions vaginales pathologiques sont épaisses, jaunâtres ou verdâtres, abondantes, moins acides ou même alcalines, et elles contiennent le microbe vaginal en moindre abondance.

Des bactériologistes ont démontré que, pendant les suites de couches, la flore microbienne du vagin est à peu près identique à celle d'avant le travail de l'accouchement; on trouve dans le vagin beaucoup de variétés de microbes, même pendant les suites de couches afébriles. Il ne faut pas oublier que les saprophytes du vagin, supposés inoffensifs à un moment donné, peuvent devenir nuisibles dès qu'un microbe extérieur tant soit peu actif sera introduit au milieu d'eux; et que de plus, ils vont en retour exalter la virulence du nouveau

venu. Ces microbes peuvent facilement faire leur ascension vers l'utérus.

Franz, Little, Bumm, etc., prétendent que la cavité utérine est très rapidement envahie par les microbes après l'accouchement. Franz, Stolz, Bumm l'ont trouvée contaminée dans les premières vingt-quatre heures dans 50 à 72 pour 100 des cas. Dodorlein, Burckhard, Max, Little l'ont trouvée stérile pendant ce temps. Après le quatrième jour, tous les bactériologistes ont trouvé des microbes dans l'utérus, dans la proportion de 33 à 85 pour 100. Ces microbes sont généralement peu nombreux, la plupart anaérobies, quelques-uns facultatifs. Le neuvième jour, 90% des lochies utérines contiennent des quantités de microbes. Avec des méthodes plus rigoureuses dans les examens bactériologiques des lochies, il ne serait pas étonnant, d'après Bumm et Siegwart, qu'on trouvât des germes pathogènes chez toutes les accouchées. Malgré la présence de ces microbes, la femme relève très souvent sans fièvre, grâce aux immunités et aux moyens de défense que lui fournit la nature. L'écoulement du liquide amniotique, du flot de sang qui suit la délivrance, et des lochies, fait l'office de drain en entraînant un très grand nombre de germes au dehors. Les cellules épithéliales du vagin et du col agissent en jouant le rôle de phagocytes. La défense naturelle se fait surtout par le nombreux appel de leucocytes qui se produit au niveau de la plaie placentaire et des sinus veineux. Certaines conditions favorisent l'auto-infection, telles les déchirures ou la béance du col, le défaut d'involution, la rétention de caillots, de débris de placenta, de lambeaux de membranes pendants dans le vagin, les grands délabrements

des organes génitaux à la suite d'accouchements longs, laborieux, dystociques, la lochiométrie, la lochiocolpos.

ARTICLE IV

PORTES D'ENTREE ET VOIES DE DIFFUSION DES GERMES INFECTIEUX. — Les portes d'entrée sont nombreuses; elles existent sur toute la longueur du canal parturient; ce sont toutes les fissures, les plaies, les contusions et les déchirures produites au moment de l'accouchement. Si l'inoculation se fait aux lésions vulvo- vaginales ou cervicales l'infection est généralement localisée et bénigne.

La grande porte d'entrée est constituée par la muqueuse utérine, et surtout par la plaie placentaire qui forme le meilleur milieu de culture, avec ses débris organiques, ses gros sinus veineux et ses bouchons de fibrine. Déposés à la surface de la caduque, les microbes y cultivent et secrètent des toxines, qui produisent de l'œdème et même de la nécrose des couches superficielles des cellules, pendant que, dans la partie profonde de la caduque, il se forme une barrière leucocytaire de granulations. Plus la réaction locale sera intense et moins la maladie sera grave. L'affection peut être simplement locale sans ou presque sans autres symptômes, parce que la barrière leucocytaire empêche la pénétration des microbes et même des toxines. La couche superficielle seule est légèrement atteinte; elle peut suppurer plus ou moins jusqu'à ce que les tissus morts soient éliminés; voilà pourquoi les symptômes passent presque inaperçus. D'autre part, les toxines peuvent être résorbées et donner lieu à des symptômes

généraux. Enfin, si la zone de défense leucocytaire est insuffisante ou si la virulence des germes est très grande, les microbes vont pénétrer profondément dans le parenchyme utérin et au-delà, pour infecter les organes voisins ou même tout l'organisme de la femme.

Les microbes peuvent pénétrer dans l'organisme:

(a) Par la *voie sanguine*: *veines;* on assiste dans ces cas au développement de phlébites utérines. Des veines thrombosées pourront se détacher des débris septiques, qui dévolepperont secondairement des accidents dans les différents organes;

(b) Par la *voie lymphatique*: *vaisseaux lymphatiques.* Les microbes, pénétrant par les lymphatiques, envahissent rapidement toute l'épaisseur du muscle utérin et peuvent pénétrer facilement jusqu'au péritoine, car les lymphatiques de l'utérus communiquent largement avec les lymphatiques du péritoine; d'où les lymphangites, les phlegmons, les adénites, la péritonite;

(c) Par la voie sanguine et la voie lymphatique à la fois;

(d) Peut-être par la muqueuse tubaire.

ARTICLE V

CONDITIONS QUI PREDISPOSENT A L'INFECTION OU QUI EN FONT VARIER LA GRAVITE. — Ces conditions sont sous la dépendance (a) de l'activité des agents infectieux, et (b) de l'état de la femme ou du terrain.

(a) *Conditions d'activité des agents infectieux.*— Pour que les microbes puissent donner naissance à une infection puerpérale, il faut que leur virulence atteigne

un certain degré ou il faut que leur nombre soit assez considérable.

Les effets des germes sur le processus de guérison varient avec la nature du microbe. Si les microbes sont des saprophytes, ne possédant aucun pouvoir d'invasion, ils ne dérangeront en rien le processus de guérison. Tout au plus les germes produiront-ils des toxines caustiques qui amèneront des nécroses superficielles; au pire il peut y avoir absorption des toxines et toxinémie consécutive. Sous la couche superficielle nécrotique, s'est formée la barrière leucocytaire qui limite facilement la marche en profondeur de ces microbes de faible virulence. Cependant, même la question du terrain peut compliquer la chose comme on le verra dans un instant.

Si les microbes sont pyogènes, ne possédant pas de qualité bien marquée d'invasion, ils pénètreront plus profondément dans les tissus et provoqueront une réaction plus forte dans la plaie (barrière leucocytaire). Il y aura alors une lutte entre le microbe et le globule blanc, et si la force de résistance de la patiente est suffisante, si le nombre des globules blancs est supérieur et plus résistant, les microbes seront arrêtés dans leur marche. Les leucocytes engloberont les microbes, mais surtout neutraliseront l'effet de leur toxine, soit dans le corps même du leucocyte, soit à distance grâce à la sécrétion propre de ces cellules.

Si d'autre part, la réaction leucocytaire est insuffisante, si les germes sont très nombreux, très virulents ou si différentes espèces sont associées, ces germes traversent la barrière de défense et pénètrent dans l'économie. L'association microbienne exalte presque tou-

jours et non pas nécessairement la virulence des germes.

La virulence des microbes dépend aussi de leur passage successif sur plusieurs organismes. *Une femme très légèrement atteinte d'infection transmettra à sa voisine une infection sérieuse, grave et même mortelle;* j'en ai eu malheureusement des exemples frappants. J'en cite un cas lamentable au chapitre VIII, à la fin de l'article I.

(b) *Conditions tenant à la femme ou au terrain.* — La grossesse et l'accouchement sont déjà par eux-mêmes des faits ou des actes qui mettent la femme en état de *minoris resistentiae* et en font un bon terrain pour le développement des agents infectieux: la grossesse, par les modifications qu'elle apporte à l'organisme en général; l'accouchement, par le traumatisme qu'il cause.

Pendant la grossesse, le surcroît de travail, qu'a à accomplir le foie, produit l'hyperglycémie; le surmenage et la gêne mécanique du rein occasionnent une dépuration imparfaite; le mauvais fonctionnement du tractus intestinal donne lieu à une intoxication de l'organisme; l'accaparement par le fœtus d'une forte quantité de fer, de chaux, de phosphore de la mère, amène la déminéralisation des tissus: ce sont là des conditions qui créent des dispositions morbides, favorables au développement des germes infectieux.

Pendant l'accouchement, qui, en fin de compte, est une opération chirurgicale ou un véritable traumatisme, la fatigue, la dépression nerveuse, le choc, l'écrasement des tissus et les plaies, plus ou moins considérables du tractus génital, diminuent la résistance vitale et prédisposent à l'infection. Prédisposent encore

à l'infection ou en augmentent la gravité, toutes les autres conditions qui réduisent la vitalité, telles que les hémorragies graves, l'éclampsie, les affections concomitantes : la grippe, la pneumonie, la syphilis, les cardiopathies, l'alcoolisme, la tuberculose, l'albuminurie, l'anémie etc. Le travail prolongé, la rupture prématurée ou précoce des membranes, les touchers répétés, les mauvaises présentations, les procidences d'un membre ou du cordon, les opérations obstétricales augmentent encore les dangers de l'infection.

Après l'accouchement, la rétention de débris placentaires, de membranes ou de caillots et la rétention des lochies favorisent la culture des microbes. La matière glycogène et les peptones, produits de l'involution utérine, forment aussi un bon milieu de culture pour les germes.

N'y aurait-il aucune lésion, aucune solution de continuité des organes génitaux, les germes trouveraient facilement la grande porte d'entrée, la plaie placentaire, avec ses larges sinus, ses bouchons de fibrine et ses débris organiques.

La cause prédisposante par excellence c'est la rétention de débris organiques dans l'utérus.

En résumé, l'invasion ou la gravité de l'infection dépendent, d'une part, du microbe, de sa nature, de son association, de sa virulence, et, d'autre part, de la vitalité de la femme. Celle-ci étant saine et résistante, les microbes pulluleront seulement à la surface des plaies ou de la muqueuse utérine. La réaction locale sera assez intense pour empêcher les microbes de pénétrer plus avant et pour épargner relativement le reste de l'économie ; tout au plus pourra-t-on consta-

ter des symptômes traduisant la résorption des toxines. Mais si la femme est faible, peu résistante, la réaction locale sera également faible et pourra même faire complètement défaut. Dès lors, un microbe de virulence atténuée, qui n'aurait produit chez une autre femme qu'une lésion locale très légère, engendrera sur ce mauvais terrain une infection généralisée. Parfois, l'empoisonnement est si rapide que la défense locale n'a pas le temps de s'organiser, la septicémie est alors primitive d'emblée. C'est ainsi que, d'après la loi de pathologie générale, formulée par Bouchard, dans les infections, l'atteinte générale secondaire de l'organisme est d'autant moins grave que la réaction locale primitive a été plus intense.

CHAPITRE II

CLASSIFICATITON DES FORMES DE L'INFECTION PUERPERALE.

La classification des formes de l'infection puerpérale varie avec la fantaisie, les caprices ou les idées des différents auteurs.

(a) Les uns ont voulu établir une classification basée sur la nature ou le mode d'action du microbe. L'idéal serait bien, en effet de classer les infections puerpérales suivant la nature du germe infectant causal. Cette classification serait la plus scientifique; mais cliniquement elle n'est pas pratique, pour plusieurs raisons, parce que: 1° la variété des microbes infectants est rarement unique; généralement l'infection est poly-

microbienne, c'est-à-dire qu'elle est le résultat d'une association de plusieurs variétés de microbes qui, par symbiose, renforcissent leur virulence et produisent les symptômes constatés. L'association des microbes peut comprendre deux ou de multiples variétés (2 à 15); 2° chaque variété de microbes peut produire les différentes formes anatomo-cliniques de l'infection, avec leurs différents degrés de gravité; 3° les microbes, qu'on peut isoler des lochies ou du sang, ne sont pas toujours ceux qui causent le processus morbide; 4° il peut être impossible d'identifier ou même de découvrir le germe qui produit les pires symptômes, dans tel cas donné.

Si l'on pouvait établir une classification d'après la variété du microbe causal et appeler l'infection: une streptococcie, une staphylococcie, une gonococcie, etc., les choses seraient simplifiées, et le traitement en deviendrait peut-être plus facile. C'est une chimère de croire qu'on arrivera jamais à ce résultat; on le comprend assez facilement après ce que j'ai dit plus haut.

(b) Les auteurs allemands, et après eux les auteurs américains divisent l'infection puerpérale en deux classes: 1° l'intoxication; 2° l'infection proprement dite. Ils envisagent ainsi la façon dont les germes agissent sur l'économie, soit simplement par l'élaboration de leurs toxines: c'est la fièvre de résorption, l'intoxication, la *toxinémie*, la *saprémie;* soit par leur diffusion dans le sang: c'est *l'infection proprement dite.* Cette classification n'est pas pratique en clinique, parce que, souvent, il y a coexistence des deux processus. De plus dans un cas d'infection véritable, il peut arriver que le microbe, ayant pénétré dans le torrent circulatoire, y soit tué et qu'il ne soit plus possible de le re-

trouver par l'analyse du sang; et, plus encore, dans tous les cas de bactériémie ou d'infection véritable, il y a toujours toxinémie par suite de la résorption des toxines à l'endroit de la plaie infectée, et de l'élaboration des toxines produites dans le sang par les microbes qui y circulent.

(c) Quelques auteurs ont établi leur classification suivant les découvertes anatomo-pathologiques et ils divisent les cas strictement d'après les parties envahies par l'infection. Ils en feront ainsi de la vulvite, de la vaginite, de l'endométrite, etc. Cette division, cliniquement, est une des meilleures; cependant elle pèche encore, parce que toutes les formes d'infection ne se localisent pas à l'endroit qui a servi de porte d'entrée aux microbes; ainsi d'une simple déchirure de la fourchette, il peut résulter une infection généralisée.

(d) Fabre divise les infections en trois classes, à savoir:

1° Infection *limitée* à la vulve, au vagin ou à l'utérus;

2° Infection *propagée*: salpingite, périmétrite;

3° Les microbes, ayant franchi la barrière leucocytaire, l'infection s'est généralisée soit par les lymphatiques: péritonite généralisée; soit par les vaisseaux sanguins: septicémie aiguë ou chronique, pyohémie, thrombophlébite, phlegmatia alba dolens.

(e) Maygrier admet aussi trois formes:

1° Les formes localisées (du périnée à l'utérus inclusivement);

2° L'infection ayant dépassé l'utérus comprend toutes les autres formes, moins la septicémie et la pyohémie qui rentrent dans la 3e forme.

(f) Budin et Demelin admettaient: 1° des formes précoces, et 2° des formes tardives.

(g) Ribemont Dessaignes ne fait que deux divisions: 1° Les infections localisées; 2° les infections généralisées (grande infection).

(h) J'ai adopté une classification anatomo-clinique calquée sur celle de Jeannin. Cette classification est basée à la fois sur la lésion anatomique dominante et sur l'allure clinique de l'infection.

C'est ainsi que je décrirai:

1° Les infections vulvo-vaginales;

2° Les infections utérines;

3° Les infections annexielles ou mieux les infections diffuses du petit bassin;

4° Les péritonites;

5° Les phlébites puerpérales;

6° Les septicémies puerpérales.

Jeannin ne nous parle pas de formes localisées, ni de formes généralisées parce que, dit-il, "tout d'abord, il est souvent très difficile de dire si une infection est, ou non généralisée; de plus, nombre d'infections, au cours de leur évolution passent par ces deux phases; enfin, il est tout un groupe d'infections, les péritonites, qui ne pourraient rentrer dans aucun de ces groupes, car localisées au sens anatomique du terme, elle ne sont cliniquement parlant, que des infections généralisées, du moins dans la plupart des cas."

Avant de décrire ces différentes formes d'infection, je veux dire quelques mots sur les termes ***SAPREMIE*** et ***BACTERIEMIE,*** que certains auteurs américains persistent à conserver comme grande classification de l'infection puerpérale, quoique ces mots ou l'idée qu'ils

expriment n'aient plus de signification précise, aujourd'hui que la clinique nous a amplement prouvé que les bactéries de la putréfaction, que l'on supposait non pathogènes, sont capables de donner naissance même à une infection septicémique; en plus, il est presque impossible, dans la plupart des cas, de faire la part de la toxinémie et de la bactériémie, ou de séparer nettement les cas où tels symptômes dépendent de l'une ou de l'autre cause.

Je l'ai déjà dit, tous les microbes sont capables de produire une infection généralisée, même les microbes d'habitude les moins virulents ou les moins pathogènes; de même les microbes d'ordinaire les plus aptes à généraliser l'infection peuvent ne produire qu'une intoxication, par résorption de leurs toxines. C'est une question de virulence et de terrain, et non de variété ou d'espèce de microbes. S'il en était autrement, où serait la limite ou la ligne de démarcation entre la toxinémie et la bactériémie? comment en différencier les symptômes dans l'un ou l'autre cas? Par l'examen du sang? je l'ai dit aussi, l'examen bactériologique du sang, dans les cas de véritable infection généralisée, peut être nul parfois.

Quelques auteurs américains et des plus célèbres, de Lee, Edgar, Shears, Williams, Garrigues, divisent l'infecton puerpérale en deux classes, à savoir: 1° la saprémie; 2° la septicémie.

Au point de vue technique, d'après ces auteurs même, cette classification laisserait à désirer, puisque, la saprémie étant, strictement parlant, une intoxication plutôt qu'une infection, on ne devrait pas y rencontrer de germes pathogènes; cependant Bumm, Von Fran-

què, Williams y ont découvert le streptocoque. Aussi a-t-on vite tranché la question en prétendant que ces streptocoques n'avaient aucune virulence, et que par conséquent l'objection était plus théorique que pratique.

Dans l'une de ces classes, la *saprémie*, les symptômes prédominants sont ceux de l'intoxication par les toxines élaborées par les microorganismes de la putréfaction; dans l'autre, la *bactériémie*, c'est le tableau clinique de l'infection septique. Les deux classes diffèrent matériellement, d'après Shears, dans le diagnostic, le pronostic et le traitement. La saprémie constitue un état par elle-même, tandis que l'infection varie dans ses manifestations qui sont multiples.

De Lee, tout en acceptant cette classification en saprémie et en bactériémie, prétend qu'on rencontre rarement ces deux conditions à l'état isolé, mais qu'elles sont généralement combinées. Si dans la saprémie on ne retrouve pas les microbes dans le sang, c'est qu'ils y sont tués après leur introduction en petit nombre. Pour ce même auteur, le streptocoque, le colibacille, le bacillus capsulatus et beaucoup d'autres germes peuvent jouer indifféremment le rôle de saprophytes ou d'agents envahisseurs des tissus, et causer, dans le premier cas, une toxémie légère, et, dans le second une bactériémie mortelle.

Aussi est-il évident qu'une classification aussi simple n'est pas utilisable; dans la pratique on devrait établir le diagnostic en mentionnant: 1° la porte d'entrée et la marche de l'infection; 2° l'étendue de l'infection, locale ou généralisée; 3° la nature et le degré de virulence du microbe; trois conditions qu'il n'est pas toujours facile d'établir. Le diagnostic devrait être

posé ainsi: Toxinémie due à une vulvite par le staphylocoque doré; toxinémie due à des débris de placenta et à des germes saprophytes; toxinémie, et peut-être légère bactériémie, par paramétrite due aux streptocoques; bactériémie, par paramétrite due aux streptocoques; bactériémie, par endométrite due à un streptocoque virulent, etc.

SAPREMIE, TOXINEMIE, FIEVRE DE RETENTION OU DE RESORPTION. — La saprémie, ou intoxication putride, est une condition caractérisée par l'absorption des produits de la décomposition des matières animales retenues dans l'utérus: fragments de placenta, débris de membranes, caillots, lochies. Cette décomposition est due au fait que des saprophytes, bactéries de la décomposition, ont pénétré dans l'utérus.

La présence dans l'utérus de corps étrangers n'est pas inévitablement la cause de la saprémie; il faut que le microbe y trouve accès et s'attaque à ce corps pour qu'il y ait d'abord décomposition et ensuite absorption des toxines. On sait que les microbes montent assez facilement dans l'utérus quand les membranes sont rompues d'une manière prématurée ou précoce à l'accouchement, et quand, pendant les suites de couches, des lambeaux de membranes font pont entre l'utérus et le vagin. Mais, le grand coupable, dans la plupart des cas d'infection, c'est le doigt qui porte le germe dans l'utérus; viennent ensuite comme cause les instruments, canules, etc.

Pas de microbes, pas d'infection; des fragments de placenta peuvent séjourner dans l'utérus pendant des semaines sans qu'il y ait décomposition, pourvu qu'il n'y ait aucun microbe.

Une des causes occasionnelles de l'intoxication ou de sa gravité, c'est la non-rétraction de l'utérus et la béance du col. L'utérus relâché absorbe facilement les toxines qui se produisent dans sa cavité et qui s'y accumulent. Au contraire un utérus bien rétracté expulse les matières en décomposition et en absorbe moins bien les produits, parce que ses vaisseaux sanguins et lymphatiques se ferment mieux. D'autres causes prédisposantes d'intoxication sont la lochiométrie, rétention des lochies dans l'utérus, et la lochiocolpos, c'est-à-dire la rétention des lochies dans le vagin par un empêchement quelconque à leur écoulement.

Le grand danger de la décomposition de ces matières, c'est qu'elle prépare un milieu favorable à la pullulation d'un microbe virulent, soit en développant la virulence d'un germe affaibli, soit en altérant la muqueuse sous-jacente, de manière à la rendre moins résistante à l'action d'un microbe ordinaire. L'on voit rapidement comment la bactériémie peut faire suite à la saprémie; mais d'ordinaire l'infection reste locale.

Cliniquement les phénomènes de la saprémie dépendent de la quantité des matières toxiques absorbées. Mais disons de suite entre parenthèse que, pour de Lee, il est impossible de distinguer les symptômes de la saprémie d'avec ceux de la bactériémie. Pour Shears, au contraire, les caractères des symptômes dans l'une et l'autre variété seraient très tranchés. J'avoue franchement n'avoir jamais rencontré une si grande différence.

Dans les cas fulminants. on observe le tableau d'une toxémie intense: frisson suivi de température élevée, céphalalgie, vomissement et complications du

côté des centres nerveux, tremblement et délire. Il y a souvent du météorisme, ce qui augmente la dyspnée causée par la fièvre. Le pouls atteint 160. Dans les cas les plus graves, la patiente peut mourir dans les premières 24 ou 48 heures, ou traîner pendant une semaine ou deux. Règle générale, la maladie n'a aucune tendance à compromettre les organes importants d'une manière permanente, de sorte que, dans la saprémie pure, on observe un mieux frappant à la suite de l'enlèvement des matières putrescibles. Dans les cas fatals on trouve les mêmes modifications que dans les cas de septicémie non-métastatique.

On peut rencontrer tous les degrés de la saprémie, depuis les cas foudroyants jusqu'aux cas où la température ne s'élève que pendant un jour ou même pendant une heure seulement.

Shears a décrit les symptômes de la saprémie, résultant de la rétention de corps étrangers dans l'utérus. Pour moi, ces symptômes n'ont rien de caractéristique; ce sont les symptômes locaux et généraux de l'endométrite.

Tout le monde est d'accord sur la question de l'intoxication ou de la toxinémie, résultat de l'absorption des toxines produites par n'importe quelles espèces de microbes.

BACTERIEMIE.—Pour Shears, la bactériémie ou septicémie diffère fondamentalement de la saprémie, en ce que les microorganismes infectants ont la propriété de se reproduire indéfiniment, de pénétrer dans les lymphatiques et la circulation générale, d'émigrer vers des parties éloignées de l'économie, et d'y continuer leur oeuvre néfaste. Pour de Lee, la bacté-

riémie est une maladie aiguë infectieuse, due à la pénétration dans le sang de microbes, habituellement le streptocoque pyogène, parfois d'autres cocci et bactéries, et de leurs toxines, qui produisent une dissolution des éléments du sang, une dégénérescence des organes et des symptômes d'intoxication rapide. La propriété essentielle de l'infection est l'envahissement du courant sanguin par les microbes.

On se sert indifféremment des mots bactériémie et septicémie, parce qu'on attache la même signification aux deux, l'une désignant l'altération du sang par les microbes et l'autre la présence dans le sang de microbes y produisant des altérations.

Comme on le voit facilement, la septicémie est une maladie générale, pendant que la saprémie n'est qu'une affection locale.

A ces deux grandes classes de l'infection puerpérale, de Lee, suivant certaines vieilles coutumes, en ajoute une troisième qu'il dénomme la *pyémie*, la *septicopyémie ou la bactériémie métastatique*, qui est une forme chronique de septicémie, caractérisée par des frissons répétés, une température élevée avec des rémissions et des intermittences, et une tendance marquée à la formation des abcès métastatiques.

Nous voilà tout simplement avec certaine classification française de l'infection puerpérale : l'infection localisée et l'infection généralisée avec ses deux formes bien tranchées de septicémie et de pyohémie.

La cause de la bactériémie, comme de la saprémie, c'est le microbe ; la porte d'entrée du microbe ce sont les lésions du tractus génital, depuis la plaie placentaire jusqu'à la plus petite éraillure de la vulve ; les

voies de généralisation sont les vaisseaux lymphatiques ou sanguins; les symptômes locaux peuvent ressembler assez souvent à ceux de la saprémie. Dans la septicémie les symptômes locaux peuvent manquer ou passer inaperçus; les sympotômes généraux sont parfois identiques dans les deux variétés. Dans la saprémie les symptômes généraux sont parfois à peine perceptibles; mais en règle générale, la septicémie est plus grave que la saprémie.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE DES DIFFERENTES FORMES OU MANIFESTATIONS DE L'INFECTION PUERPERALE

SYMPTOMES COMMUNS AUX DIFFERENTES FORMES D'INFECTION. — Il existe certains symptômes communs à la plupart des cas d'infection puerpérale à savoir:

1° *La fièvre*: en dehors de la légère élévation de température qui suit assez souvent immédiatement l'accouchement, toute élévation de température doit faire penser à l'infection puerpérale. Même les infections légères et franchement localisées s'accompagnent presque toujours de phénomènes généraux. Ceux-ci sont parfois si peu marqués qu'il faut les rechercher minutieusement et fréquemment pour les découvrir ou les dépister. Si l'on se contente de prendre la température matin et soir, à 8 heures et à 5 heures, elle pourra paraître tout à fait normale; si on la prend régulièrement toutes les deux heures, on sera souvent étonné de

remarquer, à d'autres moments de la journée, une élévation d'un demi ou d'un degré.

La fièvre débute généralement du troisième au cinquième jour des couches. Son intensité et sa marche varieront avec les formes cliniques de l'infection. La température sera plus accusée et sa marche plus rapide dans les formes localisées avec intoxication ou dans les formes généralisées.

2° *L'accélération du pouls* est fréquente dans toutes les variétés d'infection. Elle est moins marquée dans les infections simplement localisées. Elle précède souvent la fièvre. Dans les infections généralisées, elle est généralement plus apparente que dans tous les autres cas où la température s'élève pour une autre cause. Liebermeister donne comme suit le nombre de pulsations qui doit répondre à telle température: température, 98, 6° F., pouls, 78; température, 100,4° F., pouls 88; température 102, 2° F., pouls, 97; température 104° F, pouls, 105; température, 105° F., pouls, 109. Quand il y a dissociation entre les deux phénomènes, le pronostic devient grave.

3° *Le frisson* est beaucoup moins fréquent qu'autrefois, parce que, en général, l'infection est aussi moins grave qu'anciennement. Le frisson peut être violent, léger, ou n'être qu'une simple sensation de froid ou d'horripilation, de chair de poule. Il manque fréquemment dans les cas légers.

4° *Les troubles de l'involution utérine* sont très fréquents, même dans les cas légers, parce que, dans presque toutes les infections localisées au vagin, il y a en même temps endométrite. Quand l'utérus est malade, il reste gros, sensible à la pression et plus mou; le col

est perméable. Dans certains cas d'infection généralisée et grave, on ne constate aucun signe du côté de l'utérus.

5° *Modifications des lochies.*—Les lochies peuvent être modifiées dans leur couleur, leur odeur, et leur quantité.

6° *Symptômes du côté de l'estomac et de l'intestin.* —La langue devient plus ou moins saburrale ; l'estomac digère mal et les intestins se météorisent plus ou moins.

Il existe presque toujours de la céphalalgie.

ARTICLE I

LES INFECTIONS VULVO-VAGINALES.

1° *VULVITE*—La cause de la vulvite est le traumatisme occasionné par l'accouchement, auquel s'ajoute l'infection. Il peut exister des causes prédisposantes, telles que la bartholinite, les abcès, les fistules, etc.

LES SYMPTOMES sont plus ou moins apparents suivant la virulence du microbe ou la résistance du terrain. L'infection localisée à la vulve est généralement bénigne, souvent apyrétique, ou marquée par une élévation de température insignifiante. Si l'on n'examine pas la vulve pendant les suites de couches, souvent l'infection vulvaire passe inaperçue.

Parfois la patiente se plaint de sensation de cuisson, de brûlure pendant la miction, de difficulté d'uriner, de malaise et de douleur à la suite de l'œdème.

Les plaies peuvent devenir grisâtres, verdâtres, sanieuses, se couvrir d'un enduit plus ou moins épais, très

friable, quelquefois diphtéroïde. Leurs bords deviennent rouges, s'œdématient. Si le périnée déchiré a été suturé, l'infection peut gagner la suture, empêcher l'union de la plaie. On y note de la douleur, de la rougeur et de la suppuration qui nous force à enlever les points. La température s'élève un peu plus, cependant le pouls et l'état général restent bons. Si l'on n'a pas la précaution d'enlever les points de suture pour donner libre cours à la suppuration et traiter la plaie à ciel ouvert, l'infection va s'aggraver, le frisson surviendra, la température montera d'une manière plus accentuée et le pouls s'élèvera également.

La vulvite peut donner lieu à une infection généralisée. Parfois une plaie de la vulve peut donner naissance à une lymphangite ou à un érysipèle de la région. Dans les cas de lymphangite, la température s'élève brusquement à 40° ou 41° C. pour retomber à la normale dans le cours de la journée. Dans les cas d'érysipèle, les symptômes généraux sont ceux de cette maladie.

Dans les cas de vulvite simple, la maladie peut durer de six à huit jours. L'escarre tombe; la plaie se couvre de granulations rosées et tout rentre dans l'ordre.

TRAITEMENT.—Le traitement de la vulvite consiste à nettoyer soigneusement la vulve et à désinfecter les plaies. La toilette se fait avec une eau savonneuse. Il faut savonner soigneusement, plusieurs fois par jour, la vulve dans tous ses replis avec des tampons de coton hydrophile. Le savonnage de la vulve doit durer, d'après Fabre, trois minutes. On savonne ensuite les régions périnéale et anale. On rince les régions avec de l'eau stérilisée, puis avec une solution de bichlorure; on essuie à sec avec du coton, et on touche ensuite les plaies

une fois par jour avec de la teinture d'iode, et plusieurs fois par jour on y verse quelques gouttes de peroxyde d'hydrogène pur. L'huile térébenthinée à 10 ou 20 p. 100 fait un bon topique. Il est bon de placer dans l'intervalle des pansements, un petit tampon à la gaze peroxydée, entre les lèvres de la plaie, de façon à les isoler l'une de l'autre, et sur la vulve un pansement humide à l'eau oxygénée coupée à 1/3, ou à une solution de permanganate de potasse. On peut aussi saupoudrer la plaie avec de la poudre de perborate de soude, de peroxyde de zinc, etc.

Quand les plaies prennent une forme diphtéroïde, quelques accoucheurs les touchent avec de l'acide phénique pur ou une solution forte de chlorure de zinc (parties égales de chlorure de zinc et d'eau). Je préfère des attouchements fréquents au peroxyde d'hydrogène pur.

Dans les cas où le périnée a été suturé, s'il y a de la douleur et de la rougeur, il vaut mieux enlever les points, et traiter de suite la plaie à la teinture d'iode et au peroxyde d'hydrogène. On réparera plus tard le périnée.

2° *VAGINITE.*—Les causes sont les mêmes que celles de la vulvite : le traumatisme et l'infection. Parmi les causes prédisposantes, on trouve le travail prolongé, les touchers fréquents, les douches trop chaudes ou caustiques, l'emploi prolongé des ballons, le tamponnement du vagin, les contusions ou les déchirures à la suite d'une opération obstétricale, la rétention dans le vagin de caillots, de membranes, etc.

LES SYMPTOMES généraux sont, comme dans la vulvite, en proportion de l'étendue du mal, de la virulen-

ce des microbes et de la résistance de la malade. Cependant la température est généralement un peu plus élevée et le pouls plus rapide, mais l'état général reste bon d'ordinaire.

Pour Williams, il existe deux formes de vaginite : une, caractérisée par une inflammation générale ; la muqueuse s'épaissit, se ramollit et devient rouge ; elle baigne dans une sécrétion purulente abondante. Dans l'autre forme, surtout s'il y a des lésions, les parois du vagin se couvrent de membranes pseudo-diphtériques qui varient d'étendue suivant la grandeur des déchirures.

L'infection du vagin est généralement superficielle, locale, peu étendue. Parfois toute la muqueuse se couvre de plaques grisâtres, et l'on peut y observer des escarres s'étendant jusqu'au col. L'infiltration peut s'étendre aux environs du vagin jusqu'aux parois du bassin, gagner la base des ligaments larges, ou atteindre la vessie. L'utérus peut être épargné et l'involution utérine se poursuivre normalement ; cependant, l'infection utérine est toujours à craindre et de fait elle est souvent contemporaine ou secondaire.

Les lochies, normales les premiers jours, ne tardent pas à se modifier et deviennent fétides.

Si le drainage se fait librement, la réaction générale est d'ordinaire de moyenne intensité et même peu apparente ; mais s'il y a un obstacle quelconque à l'écoulement (condition qu'on a appelée *lochiocolpos*), il peut survenir des manifestations d'une intoxication sévère.

Le pronostic est généralement favorable ; il est vraiment étonnant de constater la puissance de récupé-

ration du vagin en l'absence de l'hétéro-infection. Cependant il ne faut pas oublier que des complications imprévues et graves peuvent survenir plus ou moins rapidement; à l'intoxication peut s'ajouter l'infection avec tous ses degrés. Les déchirures vulvo-vaginales, après avoir été infectées, peuvent se cicatriser en situation vicieuse et amener des atrésies, des oblitérations du vagin, qui auront, parfois plus tard, pour résultat, des accidents d'hématométrie ou de dystocie. Parfois les tissus, mortifiés à la suite d'un accouchement lent et laborieux, peuvent se sphaceler et le processus gangreneux peut s'étendre à toute la hauteur du vagin, à la vessie, au rectum, et donner naissance à des fistules vésico ou recto-vaginales, ou aux complications ci-haut décrites: atrésie, oblitérations, etc. L'état général devient plus grave.

TRAITEMENT DE LA VAGINITE.—Ici se soulève encore la question des injections vaginales. Certains accoucheurs, qui sont opposés aux injections vaginales dans les suites de couches normales, y ont rapidement recours dès que les lochies deviennent odorantes ou que l'infection apparaît dans le vagin. Ils donnent quelques injections vaginales par jour. Fabre fait une ou deux injections par jour, et les continue pendant plusieurs jours dans les cas de vaginite, quand la température s'élève au-dessus de 38°, 5 C., afin d'éviter les infections ascendantes; mais il les trouve inutiles et dangereuses quand la température reste normale.

De Lee ne veut pas entendre parler d'injections vaginales, d'examens avec le doigt ou le spéculum dans les cas de vaginite. Ses idées ne sont pas partagées par tous les accoucheurs; en effet la plupart donnent des

injections vaginales deux ou trois fois par jour et se servent de valves pour aller toucher les plaies ou les escarres vaginales. J'ai fait fabriquer un spéculum fenêtré qui est très avantageux pour toucher tous les recoins du vagin avec de la teinture d'iode, du peroxyde d'hydrogène ou autres topiques appropriés.

Les injections vaginales seront données avec une solution de permanganate de potasse, de bichlorure de mercure, d'eau oxygénée, de liqueur de Labarraque, d'un mélange de térébenthine et d'eau, etc. J'emploie le plus souvent la liqueur de Labarraque, ou la solution de permanganate de potasse. Je fais suivre l'injection de permanganate d'une injection d'eau oxygénée pure, ce qui donne les meilleurs et les plus rapides résultats.

Il va sans dire que les injections doivent être données avec toutes les précautions voulues, autrement elles exposent à l'apport d'autres microbes, qui augmenteront la virulence de ceux déjà présents dans le vagin.

Le sérum leucocygène est un excellent topique pour favoriser le bourgeonnement des plaies. Le sérum leucocygène est du sérum de cheval préalablement chauffé à 50°. Brindeau, Jeannin et Bar, qui ont obtenu des résultats encourageants avec ce sérum, ont également eu des succès en appliquant, sur les plaies vulvo-vaginales, des pansements au *bouillon lactique*. Je donnerai, en parlant de l'endométrite, la formule du bouillon lactique.

Dans les cas de lésions diphtéroïdes du vagin, il serait dangereux d'essayer de détacher les membranes à la curette, car on ouvrirait de nombreuses bouches lymphatiques et sanguines par où l'infection se généraliserait. On doit se contenter de toucher les membranes

à la teinture d'iode ou a l'eau oxygénée pure. Si l'on avait affaire à une véritable infection diphtérique, on aurait recours au sérum approprié.

Dans les cas de vaginite, certains accoucheurs américains administrent l'ergot et l'hydrastis (15 à 30 gouttes de l'extrait fluide des deux), quatre fois par jour, pour prévenir autant que possible l'infection utérine. J'emploie moi-même l'ergot dans ces cas, et de plus j'applique des sacs de glace sur l'abdomen.

On doit prêter une attention particulière à l'intestin en prévenant ou en combattant la constipation. La rétention des matières fécales, outre l'intoxication (stercorémie) qu'elle peut provoquer, expose à la rétention des lochies soit dans l'utérus, soit dans le vagin, et augmente par là même les dangers de l'infection.

ARTICLE II

LES INFECTIONS UTERINES

Les infections utérines comprennent: l'endométrite, la métrite parenchymateuse, la lochiométrie, la gangrène utérine, les abcès de l'utérus.

A. *ENDOMETRITE.* — L'endométrite est la forme la plus commune de l'infection puerpérale. Elle constitue presque toujours le stade initial de toutes les autres variétés de l'infection. Elle est la manifestation de beaucoup la plus importante par sa fréquence et par la transition qu'elle établit entre le moment de l'inoculation utérine et celui de l'invasion des germes à travers la paroi musculaire vers les territoires extragénitaux voisins ou éloignés, l'endomètre étant le théâ-

tre de la première lutte importante entre le mal et l'organisme attaqué.

De fait, le col et la muqueuse utérine sont les grandes portes d'entrée vers le parenchyme, la périmétrie, les trompes, de même que le chemin le plus court vers la circulation sanguine. Les raisons de l'envahissement fréquent de la muqueuse sont les suivantes: (a) le col et le segment inférieur sont particulièrement exposés au traumatisme de l'accouchement; (b) la structure de la muqueuse utérine est beaucoup plus délicate que celle du vagin; cette muqueuse est de plus recouverte d'une couche de caduque en voie de dégénérescence, et favorable au pullulement des microbes; (c) souvent il y a rétention de caillots, de membranes, de débris de placenta; (d) il a pu y avoir infection de la muqueuse utérine pendant la grossesse, ou l'infection a pu être causée directement par l'application d'un ballon, d'une bougie, ou par la décomposition du liquide amniotique; (e) des lambeaux de membranes, faisant pont de l'utérus dans le vagin, peuvent servir de chemin à l'ascension des microbes; (f) la béance des vaisseaux placentaires constitue des nids favorables à la culture des microbes; (g) le relâchement et la mollesse de l'utérus causent la rétention des lochies et favorisent particulièrement la multiplication des germes.

Il existe plusieurs variétés d'endométrite. Eu égard à la cause qui la produit, l'endométrite peut être septique, putride ou mixte, suivant que les micro-organismes sont des pathogènes, des saprophytes, ou les deux associés. Quant à ce qui regarde le degré, elle peut être simple, bénigne ou localisée, quand il se forme une barrière leucocytaire qui empêche les microbes de

pénétrer profondément, les toxines seules produisant une toxémie simple ; elle est maligne, quand les germes envahissent les tissus péri-utérins par les lymphatiques ou les veines, amenant ainsi, dans beaucoup de cas, des complications formidables, telles que la péritonite, la septicémie ou la pyohémie.

Je décrirai : 1° l'endométrite puerpérale proprement dite ou septique causée par les *pathogènes ordinaires* : streptocoques pyogenes, seul ou en association avec les divers staphylocoques, le Bacterium coli, et les nombreux anaérobies, et 2° *l'endométrite putride* quand les anaérobies dominent la scène.

1° *ENDOMETRITE PUERPERALE PROPREMENT DITE.*—Les microbes, qui causent cette variété d'endométrite, sont les pathogènes ordinaires, principalement le streptocoque pyogène, occasionnellement le staphylocoque et plus rarement les autres bactéries pyogènes. Cette endométrite peut faire suite à une endométrite putride ou la compliquer.

La pathogénie de l'endométrite septique, pyogénique ou contagieuse, comme l'appelle Edgar, diffère notablement de celle de l'endométrite putride. Dans celle-ci, les bactéries n'attaquent pas les tissus vivants, et l'inflammation est produite entièrement par l'action des sécrétions des bactéries et la décomposition des tissus morts. Dans l'endométrite pyogénique ou septique les bactéries attaquent les tissus vivants et produisent une couche de mortification qui ressemble beaucoup à la fausse membrane de la vraie diphtérie. Maintenant la présence des tissus morts va favoriser le développement d'une endométrite putride.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—Dans l'endométrite, l'infection peut se cantonner à la plaie placentaire, ou envahir toute la muqueuse. Dans le premier cas, les germes pullulent sur les thromboses et produisent relativement peu de réaction locale; dans le second cas, la surface interne de l'utérus se recouvre de débris de caduque épaissie et bourgeonnante, parfois d'une sorte de bouillie grisâtre, lie de vin ou puriforme, ou encore de parties nécrosées répandant une odeur de gangrène. Les parties sphacélées prennent rapidement une apparence sale, d'un jaune verdâtre, et souvent la surface utérine s'ulcère, se couvre de fibrine et présente le tableau clinique de la diphtérie; c'est ce qu'on nomme l'endométrite diphtérique ou mieux pseudo-diphtérique, car l'agent microbien n'est pas le bacille de Lœffler. C'est là, généralement, une condition représentant l'exudation fibrineuse qui résulte de la nécrose intense, conséquence de l'invasion des germes pathogènes ordinaires.

"Quelquefois, dit Budin, les débris de caduque sont très volumineux. Ils forment alors des masses irrégulières plus ou moins adhérentes à la surface placentaire. En les décollant avec les doigts on ramène des *morceaux gros* comme une *noisette* ou *comme une noix,* de couleur gris sale et parsemée de taches noirâtres. Ces débris de consistance ferme donnent l'*impression d'un cotylédon.* Ils sont formés par de la caduque épaissie et par de la fibrine en voie de puétréfaction. Au point de vue pratique ces faits sont importants à connaître, car on pourrait *incriminer* une délivrance incomplète alors qu'il ne sagit que de débris de caduque hypertrophiée."
J'ai souligné quelques mots, pour montrer toute l'impor-

tance qu'il y a à ne pas se prononcer trop vite dans les cas de curettage. En effet, il *arrive souvent que la curette ramène des morceaux plus ou moins gros ressemblant à s'y tromper à des cotylédons;* cependant ces débris n'ont que l'apparence de cotylédons. Après le curettage même, il peut y avoir une prolifération exagérée et rapide des débris qui ont pu échapper à la curette. Un second curettage, ramenant des débris proliférant, peut nous faire croire à un premier curettage mal conduit.

L'endométrite puerpérale existe rarement seule. Elle s'accompagne, presque toujours d'escarres vulvo-vaginales.

SYMPTOMES. — Les symptômes manifestes de l'endométrite apparaissent vers le troisième ou le quatrième jour; mais avant ce temps, un observateur ..ti pourra constater certains signes ou prodromes ..ant-coureurs, tels qu'un peu de malaise, un peu d'insomnie, des douleurs à l'utérus, des tranchées plus prolongées, ou leur retour après leur disparition, une température légèrement plus élevée que la normale, un pouls plus fréquent. Les prodromes du côté de l'utérus peuvent manquer absolument. Enfin le soir du troisième ou du quatrième jour la température s'élève pour de bon.

La fièvre peut être précédée de frissonnements répétés ou d'un grand frisson. Ce frisson initial n'est pas constant. L'accélération du pouls précède souvent aussi l'élévation de la température. La fièvre monte soit brusquement et d'emblée à 39° et 40° C., soit plus souvent progressivement pour osciller, pendant la période d'état, autour de 38° 5, 39° et 40°, avec des rémissions matuti-

nales de 1° à 1° 5. Le nombre des pulsations cardiaques atteint 120 à 130 à la minute.

On comprend assez facilement que dans l'endométrite comme dans toute autre infection, la fièvre ne suivra pas toujours une marche cyclique. Le pouls et la température varieront nécessairement avec la nature et la virulence du microbe, la résistance du terrain, l'intensité de la réaction de l'organisme. Dans les formes graves à microbes virulents, la maladie peut se déclarer vingt-quatre heures après l'accouchement. Ordinairement quand l'infection est de cause hétérogène, elle éclate le troisième ou le quatrième jour; le cinquième ou le sixième, quand elle est autogène.

La température, après s'être élevée brusquement à 39° ou 40°, peut s'abaisser, le lendemain matin, vers 37° ou 38°, pour remonter le soir aux environs de 39°. Elle peut monter progressivement et décrire ensuite des rémissions, ordinairement matutinales, de 1 à 3 degrés. Elle peut céder pendant un ou deux jours, pour remonter à nouveau sous l'influence de l'absorption de toxines ou de microbes, ou à la suite de lymphangite. Ces poussées de température s'accompagnent de petits frissons qui n'ont pas l'intensité ni la fréquence de ceux de la pyohémie. Certaines endométrites habituellement à colibacille présentent peu ou pas de température.

Le pouls peut varier comme la température. Le pouls marche généralement de pair avec la température, mais il peut y avoir dissociation du pouls et de la température, ou accélération isolée du premier, le pouls variant de 100 à 130, et le thermomètre oscillant entre 37° et 37° 5.

Les altérations dans l'état général suivent la gra-

vité de l'infection ; c'est ainsi qu'on observera une céphalalgie plus ou moins intense, s'exaspérant au moment des frissons et prenant quelquefois les caractères de la névralgie faciale ; une anorexie plus ou moins complète ; une langue chargée, mais humide et rosée sur les bords, ou sèche et rôtie suivant le degré de l'infection ; une soif vive ; de la constipation, ou de la diarrhée dans certaines infections colibacillaires ; un léger ballonnement du ventre ; de l'insomnie plus ou moins prononcée ; une agitation plus ou moins vive et pouvant aller jusqu'au délire ; parfois de l'apathie, comme si le système nerveux était sidéré ; une respiration plus ou moins rapide ; parfois de la dyspnée toxique ; un teint pâle, grisâtre ou subictérique. Le facies, peu modifié dans les cas bénins, est profondément altéré dans les cas graves, surtout au moment des frissons. La *montée laiteuse* peut être retardée, amoindrie, ou faire totalement défaut.

Localement, on peut constater les signes suivants : au palper, l'utérus apparaît plus gros, plus mou, parfois d'une dûreté anormale, douloureux à la pression, surtout sur les bords et vers les cornes ; l'involution utérine est arrêtée. Le ventre est souple.

Les lochies ne sont pas modifiées au début, mais après quarante-huit heures, elles perdent leurs qualités caractéristiques et deviennent grisâtres, d'un blanc sale, ou d'un brun noirâtre, chocolaté ; elles sont épaisses, crémeuses, et parfois l'on y trouve des lambeaux de membranes et des caillots en décomposition. A moins que les saprophytes ne s'y développent en quantité, les lochies ne sont pas fétides ; elles ont une odeur fade ou de pus. La fétidité dépend de la variété du microbe : le coli-bacille leur donne une odeur de matières fécales ;

les anaérobies, celle des corps en putréfaction; le gonocoque, une odeur *sui generis*, mais qui n'est pas aussi pénétrante; le streptocoque et le staphylocoque ne leur en communiquent aucune, excepté, peut-être celle du pus. L'intensité de la fétidité n'est nullement en rapport avec la gravité de l'infection. La fétidité manque souvent dans les formes les plus graves. Les lochies acquièrent *des propriétés caustiques* et infectieuses, aussi voit-on rapidement les plaies du vagin et de la vulve se couvrir d'un exsudat diphtéroïde, et constituer ce que beaucoup d'auteurs appellent des ulcères puerpéraux. Souvent il se produit de l'irritation, de l'inflammation et de l'œdème de la vulve.

La quantité des lochies peut augmenter, diminuer et même devenir nulle. Les lochies sont généralement plus abondantes quand il reste dans l'utérus quelques cotylédons placentaires.

Au toucher vaginal, on peut constater la *perméabilité du col,* qui, au lieu de se fermer dès le troisième jour des couches, donne facilement accès, même au huitième ou au dixième jour, dans une cavité spacieuse, limitée par des parois molles et flasques, et dans laquelle on constate l'existence de débris ovulaires, de caillots, de prolifération de caduque. Parfois le doigt trouve l'endomètre parfaitement lisse; mais il s'échappe de l'utérus, redressé par le doigt qui pénètre, un flot de liquide puriforme à odeur fétide.

Au spéculum, on voit un col gros, violacé, ulcéré et recouvert de fausses membranes grisâtres.

EVOLUTION.—La marche de l'endométrite est essentiellement variable, suivant la nature et la virulence des agents pathogènes, la résistance de la femme

ou de l'organisme, la rapidité et l'opportunité du traitement.

L'endométrite septique simple, isolée, dure six, huit ou dix jours. La fièvre tombe en lysis, le col se ferme ; l'utérus diminue de volume; les lochies redeviennent normales. Quand le diagnostic a été prompt et le traitement rapide, la température peut tomber brusquement.

D'un autre côté, l'endométrite peut se prolonger pendant plusieurs semaines, et l'on voit souvent alors se produire plusieurs poussées successives dans l'intervalle desquelles on peut croire la malade complètement guérie.

Les microbes peuvent franchir la barrière leucocytaire et soit se propager au parenchyme utérin, aux annexes, au péritoine, etc., et causer la métrite parenchymateuse ou des annexites, la péritonite, etc. ; soit pénétrer dans les lymphatiques ou les veines et généraliser l'infection, produisant la septicémie ou la pyohémie.

Il existe assez fréquemment des formes atténuées d'endométrite, pendant lesquelles la température oscille entre 37°, 5 et 38°, 5; les lochies offrent un peu de fétidité, et l'état général reste bon. Les complications de ces endométrites légères sont souvent la phlegmatia alba dolens et la salpingite.

Certaines autres endométrites passent souvent inaperçues pendant les suites de couches et ne sont constatées que 18 mois à 2 ans après l'accouchement. Leur début est tout à fait insidieux; il y a absence complète de symptômes généraux; tout au plus pourrait-on observer, à certaines heures, une très légère augmentation de la température, en la recherchant at-

tentivement toutes les deux heures. Les signes suivants peuvent faire craindre ces endométrites: lochies roussâtres, parfois odorantes, persistance de l'écoulement lochial au-delà de 15 jours; petits accès de fièvre, soit au moment de la montée du lait, soit vers le 15ème jour; exagération du petit retour (15ème ou 16ème jour) comme quantité et comme durée. Il s'agit là d'endométrite chronique fongueuse ou hémorragique.

TRAITEMENT.—Dans les cas d'endométrite septique simple avec ou sans odeur aux lochies, il est inutile d'envahir rapidement la cavité utérine. Un traitement local actif intra-utérin, appliqué sans discernement, fait beaucoup plus de mal que de bien.

Pendant les suites de couches, quand la température s'élève, il ne faut pas croire tout d'abord qu'il s'agit réellement et tout de suite d'infection utérine et pratiquer *ex abrupto* un traitement local énergique. J'admets que le diagnostic d'infection puerpérale s'impose, parce qu'on ne trouve aucune autre cause pour expliquer cette élévation de température; faut-il en conclure que c'est l'utérus qui est nécessairement atteint parce que tous les auteurs ont dit que l'endométrite est la forme la plus commune de l'infection, et qu'elle est le stade initial de toutes les autres variétés d'infection? Non; le croire et agir en conséquence c'est faire fausse route très souvent et s'exposer à aggraver des situations qui, tout en paraissant sérieuses, ne le deviendront que par les fausses manœuvres de l'accoucheur. L'infection peut, et c'est ce qui arrive le plus souvent, être simplement au vagin. Cette vaginite donnera dans maintes circonstances, les mêmes

symptômes que l'endométrite; la vaginite sera, dans maintes occasions, contemporaine de l'endométrite : il ne faut pas l'ignorer. Maintes fois j'ai vu des médecins, en présence d'une infection puerpérale, faire un traitement intra-utérin, sans avoir, au préalable, examiné le vagin, et c'est là qu'était cantonnée tout d'abord l'infection qu'on a propagée à l'utérus par des manœuvres intempestives.

D'autre part, je suppose le vagin indemne et l'utérus infecté, on ne doit pas encore aller trop vite dans la cavité utérine. Il y a mieux à faire: c'est de vider la vessie au moins deux fois par jour, d'entretenir la liberté du ventre, d'appliquer de la glace sur la région hypogastrique, d'administrer de l'ergot trois fois par jour, de pratiquer d'une manière parfaite des injections vaginales. Le plus souvent ce traitement agit merveilleusement; il est sans danger pour la femme dont il améliore à coup sûr l'état général et local. La déplétion de la vessie et du rectum prévient la lochiométrie en permettant l'écoulement facile des lochies hors de l'utérus et du vagin; la glace provoque les contractions utérines et empêche la pullulation des microbes, par le refroidissement; l'ergot, comme la glace, aide à la contraction de l'organe et s'oppose à la propagation des germes, en fermant les lymphatiques et les vaisseaux sanguins, et de plus il aide à l'expulsion des corps étrangers renfermés dans la cavité utérine.

Ce n'est qu'après que ce traitement aura été bien appliqué pendant un, deux ou trois jours suivant les circonstances, et s'il n'a produit aucune amélioration dans les symptômes locaux et généraux, que je me ré-

soudrai à intervenir plus activement du côté de l'utérus. J'aurai recours alors à l'injection intra-utérine, puis au besoin au curage, mais surtout au tamponnement de l'utérus. Le premier traitement par la glace, l'ergot et l'injection vaginale sera continué parallèlement.

J'ai dit l'*injection intra-utérine,* c'est vrai; mais je la pratique comme on doit la donner, et non comme on la donne presque toujours. L'injection utérine, mal faite comme elle l'est souvent par la plupart des medecins, est excessivement dangereuse et amène généralement des symptômes graves et des complications mortelles. Bien faite, si elle n'est pas utile et nécessaire, elle est sans danger aucun, et peut être pratiquée impunément. J'indiquerai, dans l'article: traitement général de l'infection puerpérale, la véritable et bonne manière de donner une injection intra-utérine.

Avant de donner ou après avoir donné l'injection intra-utérine, on explore la cavité utérine, afin de s'assurer s'il y a ou non des débris de placenta. Quand on en a constaté la présence, on pratique le curage, après avoir fait une injection intra-utérine, qu'on répète aussitôt après avoir vidé l'utérus des débris y contenus. C'est là la manière d'agir adoptée par les accoucheurs français et la plupart des accoucheurs américains. Certains Américains, de Lee entre autres, ne touchent avec la curette à l'utérus, même s'il contient des débris de placenta, que lorsqu'il y a hémorragie.

Lorsque le traitement par la glace, l'ergot, l'injection intra-utérine et même le curage, n'a pas produit un abaissement de la température et un ralentissement du pouls, après 24 ou 48 heures, je fais un tam-

ponnement de l'utérus, avec de la gaze imbibée de térébenthine, que l'introduis au moyen d'un instrument spécial. Le tampon est laissé en place pendant douze ou vingt-quatre heures. On pratique une douche intra-utérine après l'avoir enlevé. Il est rare que ce traitement n'amène pas une amélioration constante et permanente.

Je crois utile de mettre bien en évidence et en face l'une de l'autre les deux manières de traiter l'endométrite, l'une adoptée par les Français et une partie des Américains, et l'autre préconisée et pratiquée par des accoucheurs d'autres nationalités et surtout par quelques Américains, entre autres de Lee.

Le traitement de l'endométrite doit avoir pour but de désinfecter la cavité utérine. Pour obtenir ce but, nous avons à notre disposition : les injections intra-utérines, le drainage de l'utérus, les pansements intra-utérins, le nettoyage de l'endomètre par le curage digital, le curettage, l'écouvillonnage.

Tout d'abord on s'assurera par l'exploration digitale si la cavité utérine est vide, ou si elle contient des débris organiques.

(a) *L'utérus est vide.* — Si la fièvre est légère et de date récente, avec ou sans fétidité des lochies, on se contente de pratiquer l'injection intra-utérine qu'on répète au besoin deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Si après ce temps la fièvre persiste ou augmente, on peut faire des attouchements de la cavité utérine avec des substances antiseptiques : iode, térébenthine, alcool ; on peut faire des pansements intra-utérins avec une mèche de gaze imbibée de sérum leucocygène de R. Petit, ou de bouillon lactique.

Je pratique le tamponnement de l'utérus avec une mèche de gaze térébenthinée. Dans le but de faciliter l'écoulement des lochies, certains accoucheurs ont préconisé le drainage de l'utérus.

(b) *L'utérus contient des débris organiques.*—Si l'exploration digitale a démontré l'existence *in utero* de débris de placenta, de membranes, de caduque épaissie, de caillots adhérents, il faut recourir d'emblée, dès la première élévation thermique, au nettoyage de l'utérus par le curage, l'écouvillonnage ou le curettage. Même dans ce cas, je pratique d'abord le tamponnement de l'utérus avec une mèche de gaze térébenthinée. Il est rare que ce dernier traitement ne réussisse pas, et ne prévienne pas le curage ou le curettage: parce que le tampon térébenthiné réveille les contractions utérines qui détachent et expulsent les débris. Je reviendrai plus tard sur ce sujet.

De Lee est un abstentionniste absolu dans les cas d'endométrite. "Cette politique de non-intervention, dit-il, ce nihilisme en fait de traitement actif local et général est le résultat de mon expérience au Dispensaire de la Maternité de Chicago."

Voici la manière d'agir de Lee et de ses collègues de l'hôpital, en face d'un cas d'endométrite bien diagnostiquée; isoler la malade dans une chambre bien éclairée et bien ventilée; la mettre au repos absolu physique et moral; lui donner une garde-malade expérimentée en obstétrique, ou la transporter à l'hôpital, si elle est trop pauvre pour recevoir les soins voulus à la maison; lui administrer un purgatif (calomel et huile de ricin); la soumettre à une diète généreuse demi-solide, avec beaucoup de liquide; lui appliquer

sur la région hypogastrique un sac de glace ou d'eau chaude, suivant ses goûts; lui donner de l'ergot et de l'hydrastis (15 gouttes de chaque trois fois par jour). de Lee fait l'analyse bactériologique des lochies, enlève les sutures du périnée pour favoriser le drainage libre, et pratique, comme unique traitement local, l'attouchement à l'iode de la plaie béante du périnée; puis il attend les évènements. *Même dans la certitude qu'il existe quelque chose dans l'utérus, il n'en touche pas la cavité.* Il se contente de donner à la patiente une position favorable au drainage; il ne pratique aucune injection, ni curage, ni curettage, ni tamponnement. Pour de Lee, la seule indication du traitement intra-utérin c'est l'hémorragie.

"Le traitement local, dit de Lee, est d'essayer d'enlever les germes malfaisants et leurs toxines, de les priver de leurs aliments (caillots, membranes, débris placentaires, caduques) et de détruire ces microbes, de neutraliser ces toxines qui restent dans le canal génital après le nettoyage mécanique. L'idée serait excellente, si seulement il était plus prudent de la mettre en pratique."

"Dans les cinq dernières années, continue-t-il, je me suis pratiquement dispensé de faire du traitement local dans l'infection puerpérale, parce que je suis convaincu que ce traitement fait plus de tort que de bien. Seulement si la femme fait de l'hémorragie, j'interviens en tamponnant l'utérus avec de la gaze iodoformée (à 2%), dans le but d'arrêter l'écoulement sanguin et de favoriser l'expulsion du corps étranger. Ce tamponnement peut être répété pendant plusieurs jours. Souvent le corps étranger suit la mèche qu'on enlève; ordi-

nairement la température baisse, et l'état général de la patiente s'améliore. Je ne tente d'enlever les débris de l'utérus que lorsque la barrière leucocytaire est assez résistante et que l'involution est plus avancée; la prudence exige de pratiquer cette opération seulement quand la température est normale depuis deux semaines. On doit attendre aussi longtemps que possible. Il est vraiment étonnant de voir comme la nature opère des merveilles."

De Lee ajoute avec raison que la très grande majorité des auteurs ne prennent pas une position aussi radicale, et qu'ils conseillent d'enlever de suite tout corps étranger de la cavité utérine aussitôt qu'il y a été constaté. Il est bien plus prudent de nettoyer la cavité utérine; il ne faut pas jouer avec le feu.

Quand l'endométrite se complique de métrite, de septicémie secondaire, etc, on s'adressera au traitement de ces complications.

Dans tous les cas, il faut employer les méthodes propres à soutenir les forces de la malade, à augmenter les moyens de défense.

2° *ENDOMETRITE PUTRIDE.*—L'endométrite putride n'est pas due à la contamination de l'endomètre par les microbes pathogènes; elle est le résultat des phénomènes de la décomposition organique qui se passe dans l'utérus; elle naît sous l'influence des sécrétions irritantes des saprophytes et des produits de la putréfaction des substances albuminoïdes, c'est-à-dire des toxalbumoses et des ptomaïnes. Le processus pathologique est en proportion de la quantité des corps étrangers retenus dans l'utérus.

L'endométrite putride est rarement une affection

purement locale, puisqu'elle s'accompagne presque toujours de symptômes qui indiquent l'absorption de matières irritantes par les lymphatiques ou les veines.

Cette variété d'endométrite est due à tous les germes anaérobies qui agissent habituellement en association. Les germes les plus fréquents sont : le B. perfringens, le Micrococcus fœtidus, le B. radiiformis, le B. ramosus. Le streptocoque peut à lui seul être l'origine de l'affection ; parfois le streptocoque ou le colibacille s'associe aux anaérobies.

La maladie a de la tendance à aboutir à la nécrose de l'endomètre ; aussi le nettoyage rapide de l'utérus supprime cette complication. Dans un premier degré de nécrose, il y aura simplement exfoliation de la muqueuse plus marquée qu'à l'ordinaire ; si le corps étranger est enlevé à ce moment, la leucocytose phagocytaire et, par suite, la formation de lochies bactéricides, quoique un peu retardées, prévaudront encore sur les facteurs pathogènes. Mais si les circonstances sont moins favorables, la nécrose sera suffisante pour empêcher complètement la régénération de l'endomètre. C'est alors que peut se développer une infection mixte, ou que, dans certains cas, l'endométrite putride peut acquérir une gravité telle que la patiente mourra de saprémie [illegible]se.

L'endométrite putride se manifeste presque toujours dans des conditions spéciales, c'est-à-dire à la suite d'avortements, de délivrance incomplète, de traumatismes, ayant déterminé des escarres gangreneuses, de rétention de caillots, de débris placentaires ou membraneux, de putréfaction fœtale, physométrie, emphy-

sme utérin. Un obstacle quelconque au libre écoulement des lochies favorise cette affection.

SYMPTOMES.—Les symptômes varient suivant la prédominance des signes locaux ou la rapidité et l'intensité de l'intoxication.

Généralement le premier signe qui attire l'attention c'est la fétidité des lochies. L'écoulement lochial est profondément modifié dans sa quantité et sa qualité. Les lochies peuvent devenir plus abondantes, moins abondantes ou être supprimés. La rétention des lochies est due à une cause mécanique: flexion ou version de l'utérus, ou fermeture du col par un corps étranger. Les lochies deviennent grisâtres, brunâtres, noirâtres et extrêmement fétides. La fétidité est plus marquée quand il est resté dans l'utérus des débris placentaires ou ovulaires. Les lochies peuvent être mélangées de débris plus ou moins sanieux, quelquefois de petits caillots noirâtres, de débris membraneux. En même temps on peut parfois observer des pertes plus ou moins abondantes, persistantes, composées de sang noirâtre, de caillots odorants, au milieu desquels on trouve des débris placentaires ou membraneux. *Les lochies irritent, enflamment les parties génitales externes, et produisent des ulcérations et de l'oedème au niveau de la vulve et du périnée.*

Le deuxième symptôme c'est la fièvre. Dans l'endométrite au premier degré, il n'y a pas de réaction générale; c'est à peine si le thermomètre oscille entre 37.5° et 38°. Suivant le degré d'intoxication, la température peut monter un peu plus et varier entre 38.5° et 39.5°, avec élévation constante le soir. Elle peut atteindre 40° et même au delà. La fièvre continue

peut présenter des alternatives de recrudescence et de descente. Le pouls suit la marche de la température.

Le troisième symptôme est le frisson. Dans les cas légers, le frisson manque souvent. Dans les autres cas, le frisson présente des variétés nombreuses: la simple sensation de froid, l'horripilation, une série de petits frissons, un grand frisson unique avec claquement de dents. Les frissons peuvent revenir avec une sorte de régularité, d'intermittence plus ou moins nette.

Au palper, on sent l'utérus plus gros, un peu douloureux. Le ventre n'est généralement pas sensible, ni ballonné. Au toucher, le col est perméable.

Dans l'endométrite putride proprement dite, l'état général devient grave. La face prend un cachet de malaise, de fatigue. La peau prend une teinte grisâtre, sale, terreuse. La malade tombe dans un état de demi-adynamie. Il y a inappétence complète, la langue devient sèche, l'haleine fétide. Une diarrhée tenace, verdâtre, horriblement fétide épuise la malade.

Comme on le voit l'endométrite peut présenter des formes très légères et des formes très graves, et toute une série de formes entre ces deux extrêmes.

PRONOSTIC.—Tant qu'il s'agit d'une endométrite putride simple, le pronostic dépend grandement, de l'opportunité du traitement, de la prompte évacuation de l'utérus et de la rapidité d'absorption des toxines. Parfois la saprémie est si aiguë que la vitalité des organes de la patiente est vite épuisée. D'un autre côté, l'absorption constante et prolongée des toxines dans un cas non traité tend naturellement à amener la mort par épuisement. Cependant on a vu guérir des femmes dont l'état paraissait absolument dé-

sespéré. Demelin donne une mortalité de 10 p. 100 quand l'infection est consécutive à la putréfaction du liquide amniotique, et de 35 p. 100 quand elle fait suite à la putréfaction fœtale.

TRAITEMENT.—Le traitement consiste d'abord à donner des injections vaginales (permanganate de potasse, eau oxygénée, liqueur de Labarraque), à tenir des sacs de glace sur la région hypogastrique, à administrer de l'ergot. Si ce traitement ne suffit pas, on donnera des injections intra-utérines, on explorera la cavité utérine. S'il y a des débris dans l'utérus, on peut les enlever de suite (curage, curettage), ou pratiquer d'abord un tamponnement de la cavité avec une mèche térébenthinée, qui a très souvent l'avantage d'amener l'expulsion spontanée des corps étrangers. Après le tamponnement il sera toujours temps d'aller chercher ces corps étrangers s'ils ne sortent pas seuls. Dans tous les cas, si l'évacuation de l'utérus, faite d'emblée, n'améliore pas les symptômes, on fera alors le tamponnement à la térébenthine ou à d'autres médicaments. Puis on continuera les injections intra-utérines.

On a conseillé l'hystérectomie immédiate dans les cas où l'infection apparaît consécutivement à la putréfaction fœtale, et dans les cas d'emphysème utérin.

On soutiendra l'état général.

B. LOCHIOMETRIE. — La lochiométrie est la rétention des lochies dans l'utérus. La *"lochiocolpos"* est la rétention des lochies dans le vagin, causée par un obstacle à leur écoulement au dehors, soit par un tampon, soit par la constipation.

Attacher les jambes dans le but de faire accoler

les lèvres d'une déchirure du périnée expose à la lochiométrie ou à la lochiocolpos. La lochiométrie se produit soit à la suite d'un obstacle fermant l'ouverture du col: caillots, cotylédon, membranes; soit sous l'influence d'une rétention d'urine et plus fréquemment par suite d'une flexion exagérée de l'utérus, le plus souvent l'antéflexion et quelquefois la rétroflexion. Ce qui attire l'attention c'est l'absence de l'écoulement lochial, le volume exagéré de l'utérus et son état de mollesse. Dans les cas de rétention d'urine, si l'on vide la vessie, et dans les cas de flexion de l'utérus, si on redresse l'organe et que l'on exerce une pression sur lui, on donne issue à un flot de lochies brunâtres, mêlées de caillots noirâtres, d'odeur fétide.

Dans la lochiométrie la température peut s'élever brusquement plus ou moins haut pour retomber à la normale quand l'utérus est vidé, et pour remonter à nouveau si les causes de la rétention des lochies reviennent.

La lochiométrie peut s'accompagner de résorption des produits putrides, et donner lieu à des accidents très graves, si l'on n'intervient pas assez rapidement.

Le *traitement* consiste à surveiller la vessie et à prévenir sa réplétion, ou à redresser l'utérus, et à le débarrasser des produits de décomposition, soit par les injections intra-utérines, soit à l'aide d'un drain, soit par un tamponnement à la gaze antiseptique.

C. *METRITE PARENCHYMATEUSE TOTALE OU GENERALISEE.*—La métrite parenchymateuse accompagne l'endométrite ou lui succède. Les microbes se sont d'abord attaqués à l'endomètre, y ont causé la dégénérescence nécrotique, puis, ayant franchi

la barrière leucocytaire insuffisante ou nulle, ils ont pénétré dans la paroi utérine même. Ainsi la métrite parenchymateuse peut se produire de trois manières: 1° les germes entrent par les lymphatiques; 2° les germes se propagent à travers le tissu utérin; 3° ils pénètrent par les veines au niveau de l'aire placentaire.

Quand les microbes se sont introduits dans les lymphatiques, ils y pullulent, n'en traversent point les parois, mais les suivent dans le sens de la longueur et finissent par atteindre le tissu péri-utérin ou le péritoine, où ils propagent l'infection et produisent des inflammations. D'autre part, les germes peuvent se frayer un chemin de dedans en dehors des lymphatiques et venir causer des abcès intra-musculaires (abcès miliaires ou véritables abcès), ou même la nécrose d'une partie du muscle (métrite disséquante).

Quand les germes infectent les thrombus et envahissent les veines de l'utérus, l'infection reste rarement cantonnée aux sinus veineux de l'utérus, pour peu que la virulence des agents pathogènes soit active; l'affection dépasse la métrite parenchymateuse. Il se fait des coagulations secondaires dans les plexus veineux péri-utérins, et de là, la maladie s'étend aux veines iliaque, fémorale ou saphène.

On comprend de suite les dangers ou les complications de la métrite parenchymateuse: abcès de l'utérus, gangrène utérine, paramétrite, périmétrite, péritonite, thrombo-phlébite péri-utérine, phlegmatia alba dolens, pyohémie, septicémie.

Il peut même se faire une prolifération du tissu conjonctif interstitiel qui enserre les vaisseaux et les éléments musculaires, et amène la *super-involution* post-

infectieuse. L'utérus devient dur, de consistance scléreuse, et d'un volume très restreint.

SYMPTOMES.—Les symptômes de la métrite parenchymateuse sont d'abord ceux de l'endométrite simple, puisque la première est la suite ou la complication de la seconde. Il est difficile de reconnaître cliniquement quand les microbes envahissent le parenchyme; mais, on admet généralement que si l'endométrite résiste plus de six à sept jours à un traitement rationnel, ou même s'accentue, c'est que le parenchyme est pris. Les symptômes s'accusent davantage: la température s'élève et se maintient aux environs de 39.5° et 40°; le pouls suit le degré thermométrique et bat à 120 ou plus.

Ce qui caractérise surtout la métrite parenchymateuse c'est l'irrégularité dans les manifestations de la température. La courbe thermique est irrégulière, en général rémittente, parfois intermittente (avec grandes oscillations). Le thermomètre monte souvent le soir à 39.5°, à 40° et au-dessus, pour retomber le lendemain matin à 38° ou 37°. C'est surtout en prenant la température toutes les deux heures qu'on s'apercevra des grandes oscillations. Pendant les accalmies de la température, le pouls peut descendre à 70 ou 80; mais, d'un autre côté, il y a quelquefois dissociation du pouls et de la température. Les frissons sont plus ou moins violents, plus ou moins répétés; ils précèdent l'élévation de la température. Quelquefois il n'y a que de simples horripilations; même le frisson peut manquer complètement.

Les symptômes locaux sont les mêmes que ceux de l'endométrite simple: les lochies sont modifiées dans

leur abondance, leur couleur, leur odeur. Elles sont souvent purulentes, parfois hémorragiques ou de couleur chocolatée. Si elles sont supprimés, le pronostic est grave.

Le ventre est souple, indolore, non ou peu météorisé. L'utérus, en subinvolution très marquée, est gros, mou, douloureux à la pression. Le col est perméable.

L'état général s'altère : le facies est pâle, subictérique ; la langue saburrale tend à devenir sèche ; l'appétit diminue ou devient nul ; les urines sont peu abondantes et souvent albumineuses ; il y a de la douleur ou de la lourdeur à la tête, parfois du délire.

Quand la maladie évolue vers la guérison, après dix ou quinze jours, parfois après plusieurs poussées successives ou de véritables rechutes, la température s'abaisse progressivement ou même subitement ; l'utérus se rétracte, diminue de volume ; le col se referme ; mais si l'infection a été sérieuse, l'utérus reste généralement gros, en subinvolution.

Dans les formes graves, l'état général devient mauvais, la femme maigrit, la langue se sèche, la diarrhée survient, et la maladie s'achemine progressivement vers la septicémie ou la pyohémie qui donne lieu à toutes les manifestations métastatiques sur lesquelles je reviendrai plus tard.

En outre de la septicémie et de la pyohémie, la métrite parenchymateuse peut donner lieu aux autres complications de l'endométrite que j'ai citées plus haut.

TRAITEMENT.—Le traitement de l'endométrite est d'abord institué : glace sur l'abdomen, ergot, injection intra-utérine, nettoyage de l'utérus s'il reste des débris organiques, tamponnement de l'utérus à la gaze

térébenthinée. Si ce traitement, bien appliqué, est resté nul, c'est qu'il a été fait trop tard ou que l'infection est plus virulente ou que le terrain a été très favorable à la propagation de l'infection. Il ne s'agit plus alors que de continuer l'application de sacs de glace sur l'abdomen, l'administration de l'ergot et peut-être quelques injections intra-utérines, surtout au permanganate de potasse suivi d'eau oxygénée pure et d'éther. Toute autre manœuvre intra-utérine est devenue inutile et même dangereuse. Il faut s'adresser dès lors à un traitement général énergique: toniques, sérum antistreptococcique polyvalent, sérum térébenthiné, électrargol, abcès de fixation, etc.

Peut-on pratiquer l'hystérectomie? Théoriquement, on peut faire l'hystérectomie quand l'infection a franchi l'endomètre mais n'a pas dépassé les limites du parenchyme utérin; mais pratiquement, ce diagnostic est presque impossible à établir: ou l'on opèrera trop tôt, quand la maladie aurait pu guérir avec un traitement simple, ou l'on opèrera trop tard, quand l'infection se sera généralisée. Les résultats de cette opération sont peu encourageants. Je donnerai plus tard les indications et les contre-indications de l'hystérectomie.

D. *GANGRENE UTERINE.*—**La gangrène utérine,** *métrite dissecans* des Allemands, est une affection heureusement très rare qui apparaît quelques jours après l'accouchement ou survient comme complication de la métrite parenchymateuse.

La gangrène utérine, débutant du troisième au quatrième jour des couches, reconnaît généralement comme cause un accouchement long et laborieux, ayant nécessité quelque intervention pénible. Parfois elle

survient à la suite d'un avortement criminel. Elle prend naissance de deux manières, soit consécutivement à des embolies vasculaires dues à des micro-organismes, surtout le streptocoque, soit par action directe et primitive des agents de la putréfaction qui envahissent les tissus. Les deux processus peuvent coïncider.

Quand la gangrène utérine survient dans les premiers jours des couches, elle est rarement isolée; elle s'accompagne presque toujours de gangrènes vaginales et vulvaires.

SYMPTOMES.—Le principal symptôme de la gangrène utérine c'est la fétidité des lochies, qui empoisonne véritablement toute une chambre ou une salle par ses émanations. Les lochies sont sanieuses, extrêmement abondantes, noirâtres, épaisses; on y retrouve des lambeaux de tissus plus ou moins étendus et épais. Ces lambeaux de tissu nécrosé ont parfois une longueur de 10 à 13 centimètres, une largeur de 7 à 10 centimètres et une épaisseur de 2 à 5 centimètres. On a vu des lambeaux qui dessinaient le moule de la cavité utérine. Souvent des gaz s'échappent avec les lochies.

L'utérus est très gros et très mou; le col est élevé et largement béant.

Les phénomènes généraux sont très accentués; la température est élevée et présente de larges oscillations: le pouls est petit, misérable, et plus accéléré que ne comporte la température; la prostration est extrême, l'altération des traits excessive; la face est marbrée de teintes violacées; les lèvres sont bleuâtres. Il y a une tendance générale au refroidissement, et presque toujours du subdelirium.

Quand des lambeaux s'éliminent, la température

baisse pour s'élever ensuite à nouveau.

Le diagnostic de la métrite gangreneuse est loin d'être facile; il ne peut être posé affirmativement qu'en présence de l'élimination d'un lambeau de tissu nécrosé, et encore peut-on confondre ce lambeau avec un fragment de fibrome sphacelé ou un débris placentaire putréfié.

Le pronostic est très grave. La mort fréquente (25 à 27, p. 100 des cas) est due soit à la généralisation de l'infection, soit à la perforation utérine (péritonite, hémorragie). La métrite gangreneuse, due au traumatisme, résultat des opérations obstétricales, peut se manifester dès le lendemain de l'accouchement, et se terminer par la mort dans les quatre ou cinq premiers jours suivants.

TRAITEMENT.—On se contentera des injections vaginales; on s'abstiendra absolument de toute thérapeutique intra-utérine, et l'on s'efforcera de soutenir l'état général par tous les moyens possibles. On pratiquera l'hystérectomie dès que le diagnostic est devenu certain par l'élimination d'un lambeau du tissu nécrosé, ou lorsqu'il s'est fait une perforation utérine.

E. *ABCES DE L'UTERUS.*—Dans la métrite parenchymateuse, on remarque parfois, à la coupe de la paroi utérine, de nombreux petits pertuis d'où sortent des gouttelettes de pus; c'est qu'il existe des abcès miliaires en grand nombre. A côté de ces abcès miliaires, il peut se trouver des abcès véritables, plus volumineux, moins nombreux, et même il peut n'exister qu'une seule collection purulente, enkystée dans le parenchyme utérin, ou située sous le péritoine ou sous la muqueuse.

Le volume de l'abcès varie de celui d'une aveline à celui dun œuf d'oie. Son contenu est épais, crémeux et rempli de germes divers.

L'abcès de l'utérus s'observe aussi très souvent à la suite de manœuvres abortives. C'est l'instrument, piquant l'utérus, qui y dépose les germes infectants.

SYMPTOMES.—Les symptômes sont d'abord ceux de la métrite puerpérale; puis les phénomènes généraux deviennent plus graves. La température s'élève à 40° et même au-delà; le pouls est rapide et dépasse 120 ; les frissons se répètant à plusieurs reprises dans les 24 heures, avec une irrégularité notable. La malade se plaint de vives douleurs à l'abdomen, de ténesme vésical et rectal. L'utérus est gros, douloureux à la pression. Charpentier exprimait une opinion contraire; il prétendait que le ventre est moins sensible, et l'utérus moins douloureux. La langue est sèche.

L'état général s'altère rapidement; les malades tombent vite dans un état de stupeur, de prostration plus ou moins prononcée. Le délire ne tarde pas à venir, puis le coma; la respiration devient anxieuse, pénible. Les lochies odorantes peuvent persister en petite quantité; plus souvent elles sont supprimées. La diarrhée fétide succède à la constipation; les selles deviennent involontaires, et enfin la mort survient dans 75 pour 100 des cas quand on n'intervient pas, et dans 65 pour 100 si l'on agit rapidement par un traitement approprié.

L'abcès peut s'ouvrir soit dans la cavité utérine et donner lieu à une suppuration longue, soit dans le rectum, soit dans le péritoine et amener une péritonite

généralisée ou localisée suivant qu'il s'est formé ou non des adhérences au préalable.

Le diagnostic de l'abcès de l'utérus est presque impossible à établir. L'abcès reste méconnu au milieu du tableau clinique de la métrite parenchymateuse. Parfois le toucher intra-utérin permet de sentir la collection purulente.

TRAITEMENT.—Quand le diagnostic d'abcès de l'utérus a pu être établi, le traitement de choix consiste à faire l'hystérectomie.

ARTICLE III

INFECTIONS DIFFUSES DU PETIT BASSIN.

PERI-METRO-SALPINGITE — INFECTIONS ANNEXIELLES

Pozzi comprend sous le nom générique de péri-métro-oophoro-salpingite ou simplement de péri-métro-salpingite toutes les inflammations diffuses du petit bassin, parce que, dit-il: "si le point de départ est fréquemment dans l'utérus, c'est le plus souvent d'une oophoro-salpingite comme centre que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus: ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien."

Les Américains divisent les infections propagées ou ayant dépassé l'utérus en salpingite et oophorite, en paramétrite et périmétrite. Ils attachent à ces mots la même signification que semblent leur donner Labadie-Lagrave et Legueu. D'après les uns et les autres, la *paramétrite* comprend les abcès du *ligament large* et

la *cellulite pelvienne;* tandis que la *pelvi-péritonite* constitue la *périmétrite.*

Certains autres auteurs confondent en un tout les paramétrites et les périmétrites qu'ils décrivent sous le titre de phlegmons péri-utérins. D'autres, enfin, ont conservé l'expression *phlegmasies para-utérines,* qui signifie pour eux les inflammations des annexes (salpingo-ovarites) et celles du tissu cellulaire du ligament large, soit dans sa partie supérieure autour des annexes, soit dans la zone inférieure(gaine hypogastrique) ; mais ils ont omis l'expression périmétrite et l'ont remplacée par celle de pelvi-péritonite dont ils ont fait une des variétés de la péritonite.

Quoiqu'il en soit des diverses discussions qui se sont élevées à propos des expressions péri et paramétrite, je décrirai dans ce chapitre, un peu comme le font les Américains, les salpingo-ovarites, les paramétrites et les périmétrites. Peu importent les titres du moment que le cadre est rempli, et qu'il comprend l'ensemble de toutes les affections qui attaquent les tissus environnant l'utérus: tissu cellulaire, péritoine, trompes et ovaires.

A. *SALPINGO-OVARITES PUERPERALES.* —La plupart des auteurs admettent que dans l'immense majorité des cas, l'inflammation tubo-ovarienne n'est que l'extension d'une inflammation utérine par continuité des tissus, c'est-à-dire à travers l'ostium uterinum. Lucas-Championnière et Bumm n'admettent que la propagation de l'infection par les lymphatiques. Bumm prétend que l'œdème inflammatoire de l'endomètre ferme complètement l'ostium et empêche le streptocoque ou les autres germes de pénétrer dans la trompe.

L'agent infectieux qui produit la salpingo-ovarite trouve aussi un chemin tout tracé par les vaisseaux sanguins de l'utérus et des annexes, si richement anastomosés au niveau des cornes utérines. L'infection par voie lymphatique est seule capable d'expliquer les ovarites suppurées, existant isolées, indépendantes de toute altération de la trompe. Dans des cas exceptionnels, les follicules ouverts peuvent être infectés directement par le fluide péritonéal contaminé. L'ovarite peut se produire à la suite d'une paramétrite. L'ovaire est presque toujours atteint en même temps que la trompe.

Souvent les lésions de la trompe ne se manifestent que tardivement, après un accouchement ou un avortement à la suite desquels il y a eu infection légère. Ces lésions ne sont reconnues souvent que lorsque la femme a repris sa vie habituelle.

Les salpingo-ovarites aiguës, malgré leur gravité, constituent une des formes atténuées de l'infection puerpérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—La trompe augmente de volume et prend une coloration rosée ou rouge vif. Le volume de la trompe peut atteindre celui du petit doigt, d'une poire, rarement celui du poing. Tantôt la trompe est régulièrement dilatée et offre l'aspect d'un boudin ; tantôt la dilatation est plus prononcée du côté de l'orifice abdominal, et la tumeur affecte la forme d'une poire ; tantôt enfin la trompe est irrégulièrement dilatée et offre des bosselures. La cavité de la trompe est remplie par du pus franc, parfois séreux. L'ovaire, augmenté de volume, est très vascularisé. Sa substance est rouge, friable.

La salpingo-ovarite peut être uni ou bilatérale.

SYMPTOMES.—Dans la phase présalpingée de l'infection on retrouve les symptômes plus ou moins accusés de la métrite, et le diagnostic précis du début de la salpingite est souvent difficile à poser et ce n'est que par l'exploration vaginale qu'on peut l'établir.

La salpingite peut présenter deux modes de début. Quelquefois elle se manifeste brusquement par des symptômes aigus. Au cours de la deuxième ou de la troisième semaine des couches, il se fait une recrudescence de la température; en même temps, la malade se plaint de douleurs abdominales vives; il y a de la résistance de la paroi; parfois apparaissent des nausées et des vomissements, du ballonnement, de la constipation. Le toucher permet de percevoir, dans un des culs-de-sac latéraux, la trompe doublée ou triplée de volume ou transformée en une poche purulente; mais souvent le doigt ne constate qu'une masse très douloureuse. Aussi, très souvent, il n'est pas facile de localiser la lésion de la trompe au milieu des annexes enflammées et masquées par un œdème périphérique. Le doigt ne constate que l'effacement, la tension des culs-de-sac du vagin, l'immobilisation de l'utérus et un empâtement diffus qui remplit plus ou moins le petit bassin. Quand la tuméfaction est haut située, ce qui arrive souvent, dans les suites de couches, à cause de la place occupée par les annexes après l'accouchement, le palper nous la fera reconnaître et nous en indiquera la sensibilité.

L'état aigu, qui rappelle beaucoup le début de la pelvi-péritonite persiste quelques jours, quinze jours à trois semaines, et même davantage. La température décrit des oscillations quotidiennes de 2 à 3°, et assez irrégulières; puis l'orage s'apaise: la douleur se calme,

la fièvre tombe, la lésion rétrocède. Cependant la salpingite peut passer à l'état chronique, ou suppurer et s'ouvrir secondairement dans le rectum ou le vagin.

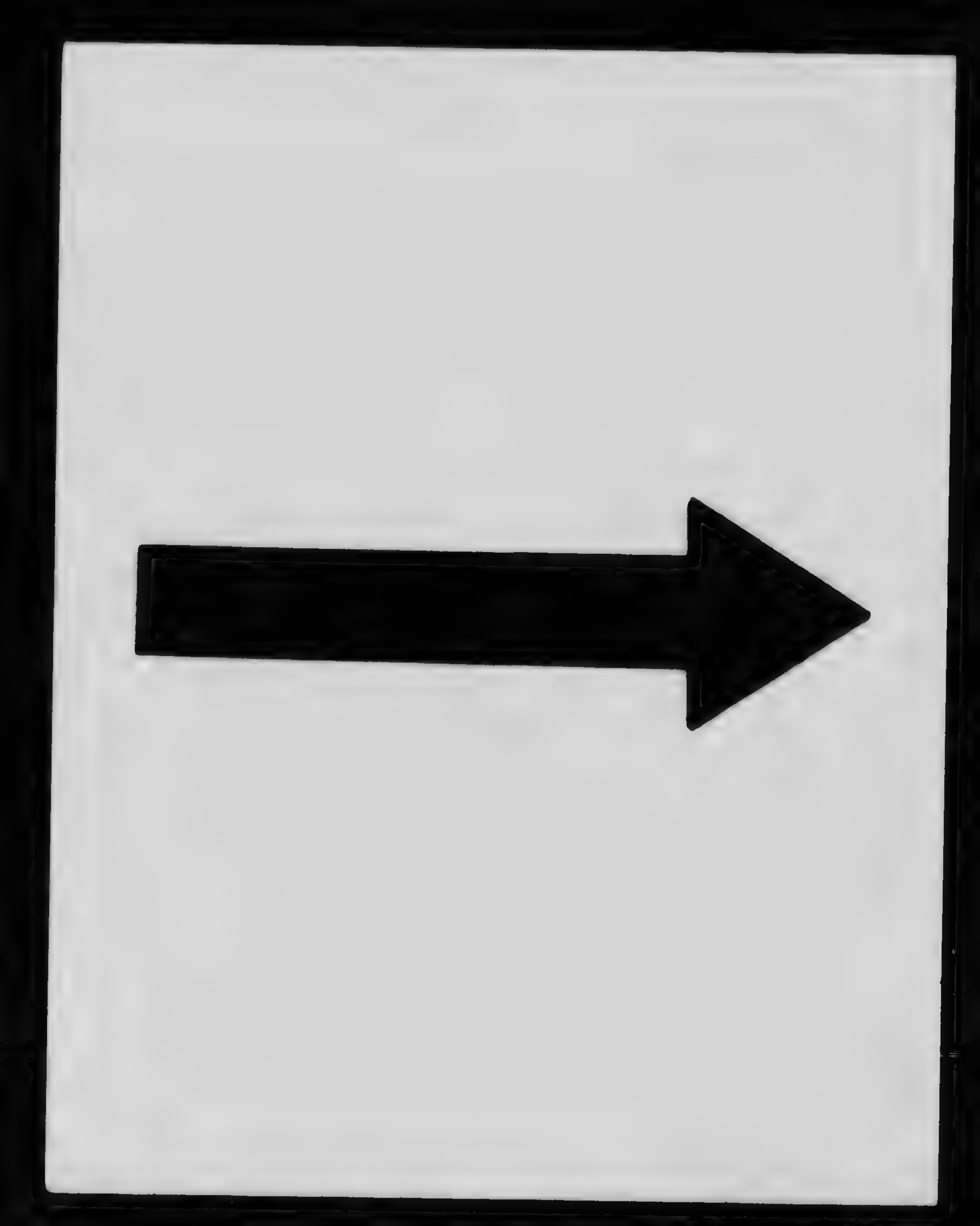
En général, la salpingite a un début insidieux; les symptômes généraux et locaux sont peu ou à peine marqués. Elle peut même rester latente pendant les suites de couches, et n'être reconnue qu'ultérieurement.

TRAITEMENT.—Dans la salpingo-ovarite le traitement intra-utérin est contre-indiqué. On prescrira le repos absolu; on combattra la constipation; on fera des injections vaginales chaudes; on calmera les douleurs à l'aide de lavements de laudanum, d'antipyrine (2 grammes) et de bromure (3 grammes), d'injections de morphine, d'application de vessies de glace sur l'abdomen; on soutiendra l'état général par tous les moyens possibles.

Dans certains cas, lorsque la fièvre reste très élevée, que l'état général s'aggrave, il faut tenter d'évacuer, par colpotomie, les poches purulentes. D'après Jeannin, il faudra recourir à l'hystérectomie vaginale, si rien ne bombe dans le vagin et si tout le pelvis est encombré par des masses purulentes.

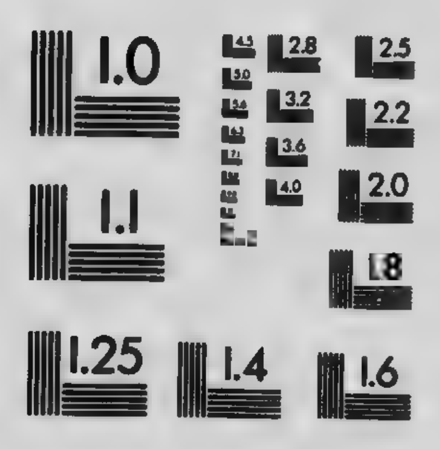
B. — *PARAMETRITE, PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE. — CELLULITE PELVIENNE DIFFUSE.* —

La paramétrite est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure l'utérus. Elle constitue ce qu'autrefois on appelait les phlegmons du ligament large, et que certains auteurs modernes dénomment abcès ou phlegmons pelviens. Les constatations anatomiques modernes ont permis de diviser ces phlegmons en deux va-



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





riétés : 1° le phlegmon de la gaine hypogastrique ; 2° le phlegmon du ligament large proprement dit.

1°. *Le phlegmon de la gaine hypogastrique,* qui correspond à la paramétrite des Américains, se développe dans le tissu conjonctif doublant la face supérieure du releveur de l'anus et occupant la base du ligament large, c'est-à-dire dans la cavité sous péritonéale. Cette cavité sous-péritonéale ou gaine hypogastrique est limitée : en arrière par l'aponévrose sacro-recto-génitale, en avant par la partie inférieure et postérieure de l'aponèvrose ombilico-vésicale, en haut par la réunion de ces deux feuillets aponévrotiques, en bas par l'aponévrose périnéale supérieure, en dedans par le col et la partie supérieure du vagin, en dehors par la région obturatrice. Dans cette cavité, on trouve un plan celluleux plus ou moins chargé de graisse, qui remplit sans interruption tous les interstices. Ce tissu cellulaire sous-péritonéal, qui forme le paramétrium renferme des nerfs nombreux, des vaisseaux artériels et veineux, des fibres musculaires, des ganglions, des vaisseaux lymphatiques. Il est traversé par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne, par les lymphatiques du col et de la partie supérieure du vagin. L'inflammation de ce tissu conjonctif porte différents noms suivant les auteurs. On l'a appelée *phlegmon de la gaine hypogastrique, ou du pédicule vasculaire, cellulite, phlegmon juxta-utérin, phlegmon de la base du ligament large.*

2°. *Le phlegmon du ligament large proprement dit* se développe plus haut, dans le ligament large, au-dessous de la trompe et de l'ovaire, dans le tissu cellulaire que traversent l'artère utéro-ovarienne et ses satellites et les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et

de l'ovaire. Ce phlegmon est limité en avant et en arrière par le péritoine, en haut par la trompe et l'ovaire, en bas par le prolongement de l'aponévrose ombilico-vésicale, en dedans par l'utérus, en dehors par la paroi pelvienne.

Ces différentes variétés d'inflammation ou d'abcès s'étudient dans un même chapitre parce qu'elles ont beaucoup de points de contact.

ETIOLOGIE.—Les abcès pelviens se montrent à toutes les périodes de la vie sexuelle de la femme, et reconnaissent comme cause l'infection. Depuis l'ère antiseptique, ils se font de plus en plus rares en dehors de la puerpéralité. L'infection puerpérale en est la grande cause. Les multipares en sont un peu plus fréquemment atteintes que les primipares.

La porte d'entrée du microbe se trouve dans la muqueuse utérine malade, dans les lésions du col, du segment inférieur de l'utérus, dans les plaies du vagin, des grandes lèvres et du périnée. Les germes, partis de la trompe et de l'ovaire suppurés, peuvent infecter secondairement le paramétrium.

PATHOGENIE.—Tous les germes peuvent produire les abcès pelviens. On y a trouvé les streptocoques, les staphylocoques, le colibacille, le gonocoque, etc. Le streptocoque est le microbe qu'on rencontre le plus fréquemment.

Les germes pathogènes arrivent au tissu conjonctif par la voie veineuse et la voie lymphatique. L'infection peut se réaliser aussi par propagation de proche en proche à la suite, par exemple, de déchirure étendue du col.

Plusieurs facteurs favorisent l'infection du tissu conjonctif après l'accouchement, tels que le ramollissement général et l'imbibition œdémateuse des tissus, l'agrandissement des espaces du tissu conjonctif, la vascularité plus grande due à la grossesse, l'attrition des parties à la suite du travail, et surtout l'apport immédiat des germes, à travers les déchirures, dans les espaces du tissu cellulaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les phlegmons pelviens se présentent sous deux formes, une *forme diffuse, une forme circonscrite.* Dans la forme circonscrite, les phlegmons peuvent se présenter sous deux formes suivant qu'ils aboutissent ou non à la suppuration. Dans ces deux derniers cas il y a d'abord injection vasculaire, puis infiltration des mailles conjonctives par un liquide transparent, jaune brun, épais et même de consistance gélatineuse. D'une part, la résolution peut se faire, en laissant certaines traces, c'est un épaississement du tissu conjonctif qui conservera jusqu'à un certain point les caractères du tissu cicatriciel; d'autre part, la suppuration se produit; certains points de l'infiltration œdémateuse deviennent blanchâtres, opaques et constituent de véritables petits foyers purulents, qui s'agrandissent peu à peu, finissent par confluer et se réunir en un seul foyer. L'abcès est alors formé, mais ne dépasse pas les limites que j'ai décrites plus haut pour chacune des deux variétés de phlegmon.

Dans la forme diffuse, il n'en est plus ainsi. Par suite de la virulence des germes, les exsudats inflammatoires, résultat de l'infection, s'étendront dans toutes les directions, se frayant un chemin le long des plan-

ces fascias, et contournant tous les organes creux du bassin. Si la réaction inflammatoire est excessive, l'infiltration se propagera au loin. Les microbes peuvent même suivre une voie inaccoutumée et propager l'infection à travers les fascias ou les muscles.

Von Rosthorn donne la classification suivante de la forme diffuse des phlegmons pelviens : 1° exsudation latérale horizontale, située à la base du ligament large, ayant tendance à la diffusion vers la paroi latérale du bassin, ou autour du col ; l'inflammation a généralement pour cause une déchirure du col ; 2° infiltration intraligamenteuse élevée, prenant naissance près de la corne de l'utérus, formant une tumeur convexe par le bas, ayant tendance à décoller les feuillets du ligament large et à remonter vers la fosse iliaque ; l'inflammation fait suite à une endométrite ; 3° exsudat dans le tissu conjonctif rétrocervical, ayant tendance soit à se propager postérieurement le long du ligament utéro-sacré, soit à pénétrer dans la cloison recto-vaginale ; 4° exsudat dans le tissu rétrocervical, s'étendant vers les côtés, autour des uretères ; 5° exsudat en [illegible] de la vessie derrière les pubis, ayant tendance à se propager le long des muscles droits, même jusqu'à l'ombilic (plastron abdominal des Français). Plusieurs de ces variétés peuvent se combiner. Dans la forme qu'on rencontre le plus souvent, l'exsudation est latérale, s'étendant de l'utérus jusqu'à la paroi du bassin, contournant les uretères, soulevant le péritoine et apparaissant au-dessus du ligament de Poupart. Dans des formes plus rares, l'exsudation se propage en arrière au sacrum, et en haut vers les reins, même jusqu'au diaphragme qu'elle peut envahir parfois ; latéralement, à travers l'échancrure scia-

tique jusqu'à la cuisse; en dedans, le long des muscles psoas et jusque dans le tissu conjonctif péri-néphrétique.

L'abcès peut s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie, le péritoine, l'utérus, à travers la peau, la fesse, la cuisse ou la paroi abdominale.

Les veines sont souvent thrombosées et les thrombus peuvent subir une dégénérescence puriforme, d'où des embolies septiques possibles. Les artères restent généralement indemnes. Parfois les vaisseaux s'ulcèrent et il en résulte des hémorragies artérielles ou des thromboses veineuses. Si l'infection suit le parcours des vaisseaux de la cuisse, il en résulte souvent une phlegmatia alba dolens. La complication du côté des ganglions et des nerfs produit une destruction partielle de leur fonction, et cause des névrites ou des périnévrites, même de la paralysie des muscles de la cuisse.

SYMPTOMES.—Dans les cas légers de paramétrite, dont on retrouve les traces plus tard ou accidentellement en faisant un examen gynécologique, la température s'élève peu, la douleur à l'abdomen est insignifiante. On attribue généralement les symptômes fébriles à toute autre cause et même, encore en certains quartiers, à la fameuse fièvre de lait. L'attention de l'accoucheur n'est nullement attirée vers le bassin.

Dans les cas graves, les symptômes objectifs et subjectifs sont bien marqués et se montrent assez rapidement. Dès le troisième ou le quatrième jour, le phlegmon s'annonce par un frisson violent, une élévation brusque de la température qui peut atteindre 40°, une augmentation de la rapidité du pouls (110 à 120), une douleur abdominale vive, s'irradiant vers les cuis-

ses, exagérée par les mouvements et accompagnés quelquefois de vomissements. Il existe, en même temps, de la céphalée, un état saburral, de la constipation, parfois du délire.

Le toucher, fait au début de la maladie, donne peu de renseignements.

En face de tous ces symptômes, on peut croire à une péritonite. Mais dans la paramétrite, la douleur est moins superficielle, moins aiguë et plus profonde que dans la péritonite; elle se localise en un point plus précis. Il faut exercer une certaine pression pour l'aggraver. La douleur irradie très vite du côté du membre inférieur, soit le long du sciatique, soit en dedans, en suivant l'obturateur: *c'est là un caractère distinctif de la douleur du phlegmon;* de plus la jambe est toujours fléchie et inclinée sur le côté sain. Dans la péritonite le pouls est petit, filant; dans le phlegmon, il conserve son ampleur et sa force.

Olshausen croit qu'après le cinquième jour des couches le phlegmon n'est plus à craindre; mais de Lee a constaté des cas de paramétrite débutant le huitième ou le neuvième jour. Ces cas de fièvre retardée sont dûs parfois au lever précoce qui réveille une paramétrite ignorée, ou à certains mouvements ou pansements qui ont rouvert une déchirure du col qui s'est infectée ainsi tardivement.

La fièvre d'abord continue, devient bientôt rémittente, puis intermittente, quand le pus est formé. Alors les frissons se répètent et des transpirations profuses accompagnent la défervescence. Si le pus n'est pas évacué, la malade tombe dans un état d'hecticité et meurt d'épuisement, en présentant l'aspect d'un ca-

davre. Les grands symptômes disparaissent rapidement à la suite d'un bon drainage de l'abcès.

Quand le phlegmon se termine par résolution, la fièvre tombe progressivement; les symptômes locaux de la période aiguë disparaissent; mais il persiste une induration latéro-utérine, des déplacements des organes pelviens, et souvent la femme est invalide pour la vie.

Deux ou trois jours après l'apparition de la fièvre et de la douleur, le toucher, qu'il faut pratiquer avec beaucoup de précautions, permettra de constater que l'utérus est déplacé. Lorsque la tumeur, formée par le phlegmon, est volumineuse et occupe le ligament large, l'utérus est repoussé en masse du côté sain. Lorsque la tumeur est plus petite, seule la partie de l'utérus en rapport avec elle est repoussée du côté sain, et le col est dévié du côté malade. Le doigt qui touche ne détermine qu'une douleur modérée et atteint difficilement la tumeur. Le vagin est souple. Il n'y a pas de déformation des culs-de-sac. La tumeur adhérente à l'utérus peut aussi adhérer à la paroi pelvienne mais n'adhère pas au vagin. Dans les cas de phlegmon du ligament large, c'est surtout le palper abdominal qui nous renseignera et nous fera sentir la tumeur ovoïde, étendue transversalement de l'utérus à la paroi pelvienne.

Les phlegmons de la gaine hypogastrique sont mieux appréciés par le toucher. En effet, le palper dans les conditions ordinaires donne peu ou pas de renseignement. Par le toucher on sent une tuméfaction douloureuse dans un des culs-de-sac du vagin. L'utérus douloureux est dévié du côté opposé à la tumeur. Celle-ci adhère à l'utérus et entoure parfois le col. Le

tumeur est dure, lisse ou lobulée, immobile, superficielle; le doigt l'atteint facilement. L'extension de la tumeur en arrière et en avant est variable. Le toucher rectal donne de précieux renseignements complémentaires sur l'étendue et les connexions de la tumeur.

Lorsque le phlegmon du ligament large existe en même temps que celui de la gaine hypogastrique, par le toucher et le palper, on constatera les caractères particuliers à chacun d'eux.

MARCHE ET TERMINAISON. — La paramétrite se termine par résolution ou suppuration. La résolution est possible tant que le processus n'a pas dépassé le stade de l'infiltration oedémateuse. Parfois des plastrons énormes se résorbent lentement, mais complètement, avec des réactions générales presque nulles. La suppuration, lente à se produire, est généralement la règle; elle s'annonce par l'aggravation des symptômes généraux.

Le pus peut se collecter en un seul abcès ou en plusieurs; la tumeur se ramollit et il y a alors une légère sédation des phénomènes généraux. La collection peut s'enkyster, se résorber, ou s'ouvrir à l'extérieur ou dans un des organes creux du bassin. Dans les cas d'abcès multiples, ceux-ci peuvent s'ouvrir les uns après les autres, et tenir la femme dans un état de suppuration, pendant des mois et des années.

L'ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum produit de la rectite, des selles sanguinolentes, de la diarrhée; dans la vessie, elle est la cause de la cystite, de l'urétrite, de l'urétéro-pyélite, de l'hydronéphrose par obstruction de l'uretère, l'urémie et même la mort; dans

le péritoine, elle y amène la péritonite. L'abcès peut s'ouvrir de plusieurs côtés à la fois.

La mort de la femme peut survenir par septicémie ou hecticité.

Il peut y avoir ulcération des vaisseaux compris dans l'abcès, et hémorragie consécutive; l'atteinte des nerfs produit des névralgies ou des paralysies.

Lorsque la paramétrite guérit, les suites ou les conséquences en sont toujours fâcheuses: brides cicatricielles, stérilité, atrophie des organes du petit bassin.

TRAITEMENT.—On doit s'abstenir de tout traitement intra-utérin, excepté dans le cas où l'on est sûr qu'il reste dans l'utérus un corps étranger en voie de putréfaction. Le traitement est exclusivement médical, anti-phlogistique et résolutif: glace sur l'abdomen, injections chaudes vaginales et rectales. Contre la douleur on donnera les opiacés, le chloral ou l'antipyrine. Dès que l'abcès est collecté, il faut l'inciser au point saillant et drainer.

En règle générale, il ne faut pas trop se hâter d'intervenir; l'expérience a démontré qu'il est beaucoup plus prudent d'attendre que le pus soit bien collecté et que l'abcès soit d'accès facile. La guérison s'obtient plus rapidement quand l'abcès a été ouvert plus tardivement que hâtivement.

C. *PERIMETRITE, PELVI-PERITONITE.* — Certains auteurs décrivent la périmétrite ou pelvi-péritonite dans le chapitre des péritonites, d'autres sous un en-tête spécial, parce qu'elle a une individualité clinique distincte et présente un état morbide à part.

La pelvi-péritonite ou périmétrite est une péritonite partielle péri-utérine. Elle est presque toujours

secondaire consécutive à des lésions infectieuses et suppurées des annexes, et à la paramétrite. La pelvi-péritonite primitive, indépendante, est exceptionnelle. La pelvi-péritonite, observée à la suite d'une perforation de la partie basse de la face postérieure de l'utérus, au cours d'un avortement provoqué, est indépendante de toute lésion annexielle.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE. — L'infection gagne la cavité péritonéale pelvienne de différentes façons :

1° par les lymphatiques, voie la plus commune ;
2° par les trompes ;
3° par perforation utérine ou perforation du cul-de-sac vaginal postérieur.

La propagation de l'agent infectieux par la trompe peut se faire de diverses manières : (a) les trompes contiennent du pus qu'elles déversent par leur pavillon ; (b) les micro-organismes peuvent traverser les trompes, en les laissant indemnes ; (c) une poche salpingienne peut se rompre et déverser du pus dans le péritoine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le péritoine envahi devient d'abord le siège d'une injection vasculaire plus ou moins marquée. Le péritoine se dépolit, perd sa transparence. La desquamation endothéliale se fait sur une grand surface, puis les vaisseaux bourgeonnent et transforment la séreuse en une masse d'un rouge vif. Puis apparaît un épanchement composé d'un liquide albumineux ou séro-fibrineux dans lequel se forme un précipité floconneux. L'exsudat se trouble bientôt par l'apparition des éléments du pus ; on y trouve nombre de bactéries.

La collection purulente se fait généralement dans le cul-de-sac de Douglas, en arrière de l'utérus. Des fausses membranes enserrent l'épanchement; ainsi se trouve formée une poche purulente entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum et du sacrum. Cette poche fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

L'épanchement peut être plus considérable, comprendre toute la cavité pelvienne, et noyer tous les organes du petit bassin. Ses dimensions sont quelquefois si considérables, que l'épanchement simule une tumeur liquide. L'épanchement est limité en haut par des adhérences plus ou moins régulières et par l'épiploon.

L'épanchement d'abord séreux, jaunâtre et transparent peut ne pas passer à la purulence et se résorber sans laisser de traces. L'abcès, une fois formée tend à se faire jour au-dehors. Il s'ouvre dans le rectum, le cæcum, l'intestin grêle, l'iliaque, le péritoine, l'utérus, la vessie.

La poche purulente, même considérable, peut ne pas s'ouvrir, et persister indéfiniment à l'état d'abcès enkysté, dont la consistance devient tellement dure et ferme qu'on l'a parfois confondu avec un fibrome ou avec une exostose du sacrum.

La périmétrite laisse toujours des traces sous forme d'adhérences ou de cordons qui s'étendent d'un organe à l'autre. Les adhérences englobent, immobilisent et atrophient les organes du petit bassin.

SYMPTOMES ET MARCHE.—Les symptômes de la pelvi-péritonite dépendent du mode d'infection du péritoine. Si la maladie est secondaire à l'endométrite, à la paramétrite ou à la salpingo-ovarite, on aura

tout d'abord constaté les symptômes de ces affections, symptômes qui sont parfois très légers; puis on observera les véritables symptômes de péritonite. Quand la maladie est primitive elle débute tout comme une péritonite généralisée.

Dans l'un et l'autre cas, le début de la pelvi-péritonite s'annonce par des symptômes généraux très apparents. La maladie est caractérisée par les symptômes suivants: des malaises, des frissons, un pouls fréquent, irrégulier et petit, des nausées, des vomissements, de la constipation, du ténesme vésical, parfois de la rétention d'urine, du météorisme. La diarrhée ne tardera pas à faire suite à la constipation.

La température est généralement élevée, sans les rémissions matutinales de la paramétrite. Le facies est pâle, anémié, les yeux excavés.

La douleur, dans le bas-ventre, survenue brusquement, soudainement, va persister pendant quelques jours. Elle est si violente qu'elle oblige la malade à garder un repos absolu dans la position dorsale. Le moindre mouvement, la moindre pression sur l'abdomen deviennent intolérables; aussi la malade immobile se tient les jambes fléchies sur l'abdomen. La respiration devient superficielle et fréquente.

Avant une période qui varie de quatre à sept jours, vu l'acuité de la douleur, il est presque impossible de pratiquer l'exploration. Quand la douleur s'est calmée et mieux localisée, le toucher permet de constater une tuméfaction régulière, de consistance dure ou pâteuse, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur. La tumeur peut déborder sur les parties latérales et en-

tourer le col de l'utérus; elle prend la forme d'un fer à cheval dont la concavité regarde en avant.

Garrigues donne un signe caractéristique pour différencier l'exsudat péritonéal de celui de la paramétrite. Dans le premier cas on peut passer le doigt entre l'exsudat et la paroi pelvienne; dans le second cas, c'est-à-dire dans la cellulite, cette manoeuvre est impossible.

Dans la pelvi-péritonite, le doigt constate aussi un sillon facile à limiter entre le col et la tumeur.

La fluctuation n'est pas toujours aisée à obtenir. Elle devient obscure quand la paroi du foyer s'épaissit et que les fausses membranes prennent plus de consistance. Au lieu de la fluctuation, on percevra parfois une induration qui donne la sensation d'un vagin de carton, et dans certaine circonstance, il est impossible d'isoler l'utérus au milieu des masses qui l'enserrent.

Exceptionnellement et quand l'épanchement a été très considérable, le palper de la région hypogastrique donne une sensation de résistance, et la percussion, une sensation de matité.

TRAITEMENT.—Le traitement de la périmétrite ou pelvi-péritonite est exactement le même que celui de la paramétrite.

Le traitement intra-utérin est contre-indiqué. On calmera la douleur par la morphine et l'application de sacs de glace sur l'abdomen. On assurera le fonctionnement de l'intestin par les lavements et les laxatifs. On prescrira une diète légère et le repos dans le décubitus horizontal. On essaiera d'obtenir la résorption des exsudats par les injections vaginales chaudes, les

onctions avec la pommade mercurielle, ou l'administration de l'iodure de potassium.

On retardera le traitement chirurgical autant que possible. Lorsque les phénomènes généraux persistent, lorsque les collections purulentes volumineuses donnent lieu à des accidents de compression, ou semblent vouloir s'ouvrir dans un des viscères, on incise d'urgence soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Le traitement général sera suivi avec attention.

ARTICLE IV.

PERITONITE PUERPERALE.

La péritonite puerpérale est beaucoup moins fréquente qu'autrefois, et elle semble avoir perdu son caractère aigu d'autrefois, tout en restant l'affection la plus grave de la puerpéralité.

PATHOGENIE. — La péritonite puerpérale est presque toujours consécutive à une infection de l'utérus, des annexes; à la paramétrite ou à la périmétrite.

Elle peut survenir aussi à la suite d'une perforation de l'utérus ou du cul-de-sac vaginal postérieur.

Elle est due le plus souvent au streptocoque; d'autres microbes cependant peuvent la produire.

Les germes, d'une virulence considérable, pénètrent rapidement à travers la barrière leucocytaire qui a à peine le temps de s'ébaucher; puis ils franchissent la paroi utérine par les nombreux lymphatiques, et arrivent de bonne heure au péritoine. Quand on se rap-

pelle que les lymphatiques de la muqueuse communiquent largement avec ceux de la musculeuse et de la séreuse, on comprend facilement la rapidité de l'atteinte du péritoine; on comprend aussi la soudaineté de l'attaque qui éclate parfois sans qu'on ait pu rien observer du côté de l'utérus.

SYMPTOMES.—Le début de la péritonite est variable suivant son mode de production. La péritonite peut être précédée d'une période assez courte, pendant laquelle on constate les symptômes de l'infection utérine: élévation de la température, modifications des lochies, etc; d'autres fois elle survient brusquement sans que l'utérus ait eu le temps de réagir. En dehors des cas exceptionnels où la maladie se déclare le lendemain de l'accouchement, la péritonite débute entre le deuxième et le sixième jour des suites de couches. Elle est rare après le dixième jour, et exceptionnelle après le quinzième jour. Cependant on peut rencontrer des péritonites tardives, terminant une infection généralisée.

La péritonite puerpérale généralisée débute brusquement par un *frisson unique,* mais très violent. Ce frisson dure de 30 à 40 ou 60 minutes. Il s'accompagne d'un tremblement général, de claquements de dents et d'une sensation de froid extrême. Sa violence est assez considérable pour imprimer des mouvements au lit sur lequel repose la malade. Ce frisson qui manque rarement est suivi d'une réaction fébrile violente.

La *température* ne tarde pas à s'élever à 40° ou à 41°. Quoique plus élevée le soir que le matin, elle descend rarement au-dessous de 39.5°. La température se maintient élevée, jusque vers la période ultime de la

maladie ; puis brusquement elle descend souvent au-dessous de la normale, les malades mourant en hypothermie. *Les températures sous-normales* observées fréquemment dans la péritonite sont toujours excessivement suspectes. La température n'est pas toujours en rapport avec l'état du pouls.

Le *pouls* est toujours très fréquent, et sa fréquence est en rapport avec l'intensité de la maladie. Il oscille au début de la maladie entre 110 et 120. Il est d'abord fort, plein et résistant ; puis il s'accélère avec les progrès de la maladie et devient bientôt petit, serré, dépressible. Il atteint rapidement 130 ou 140 pulsations. Quand la maladie est à son maximum d'intensité ou quand la température tombe, le pouls s'élève encore. Alors sa petitesse et sa fréquence sont telles qu'on ne peut plus le compter. A ce moment la peau se couvre d'une sueur visqueuse et froide.

En même temps que la température s'élève et que le pouls s'accélère, apparaît *une douleur* très intense dans l'abdomen. Cette douleur débute dans le basventre et les fosses iliaques, puis s'étend rapidement à toute la cavité abdominale. Elle est exagérée par tous les mouvements et la moindre pression. Elle présente par moment des exacerbations qui arrachent des cris à la malade. Ces caractères d'acuité de la douleur ne persistent pas très longtemps ; après deux ou trois jours la douleur s'amende, devient nulle et disparaît quoique l'état général continue à s'aggraver. L'insensibilité du ventre est, dans la plupart des cas, le signe d'une aggravation dans l'état général. En effet, les femmes accusent souvent une sensation *d'euphorie* peu d'heures avant la mort.

A cause de la douleur, la femme prend une attitude particulière. Elle se tient immobile dans le décubitus dorsal, la tête élevée et les cuisses fléchies, afin de relâcher les muscles de l'abdomen qui se ballonne souvent d'une façon considérable. La face est pâle, grippée, parfois subictérique; les traits expriment la souffrance; le nez est effilé; les yeux sont excavés et cerclés de bleu, la voix est cassée.

Les vomissements manquent rarement; ils surviennent peu de temps après l'apparition de la douleur. Ils sont généralement précédés de nausées et de hoquet; d'autres fois ils apparaissent subitement. Ils sont d'abord alimentaires; puis deviennent muqueux, bilieux, franchement verts, et enfin d'un vert épinard. Les vomissements, douloureux au début, deviennent très faciles; ils se font sans effort, comme une véritable régurgitation. La quantité des vomissements est énorme. Ils sont d'abord espacés; puis ils se rapprochent et finissent par devenir incessants. Ils persistent en général pendant toute la durée de la maladie ou cessent parfois brusquement après quelques jours, même dans les cas mortels.

Au début de la maladie, il existe de la *constipation* qui est bientôt suivie d'une *diarrhée* intense, opiniâtre, séreuse, très fétide. La diarrhée est due à une infection secondaire colibacillaire. Les selles finissent par être exclusivement composées de bile et de glaires sanguinolentes. Dans les cas graves les selles deviennent involontaires.

La langue est d'abord humide, blanchâtre, couverte d'un enduit saburral très prononcé au milieu, rouge à la pointe et sur les bords. Elle reste humide jusqu'à

la dernière période. Elle prend alors les caractères de la langue typhique; elle devient sèche, noirâtre, et se couvre de fuliginosités.

Le *ballonnement* du ventre qui commence presque toujours avant les vomissements, finit par être très marqué, et le ventre prend dans certaines circonstances des proportions considérables, surtout dans les jours qui précèdent la mort. Chose curieuse, la douleur est exagérée au début du ballonnement; elle diminue au fur et à mesure que le ballonnement augmente, et cesse complètement quand il atteint son summum. Ce double symptôme, le ballonnement exagéré du ventre et la disparition de la sensibilité, indique un pronostic défavorable.

Le tympanisme exagéré et l'accumulation de toxines dans le sang produisent une gêne respiratoire très marquée. Les respirations sont courtes et fréquentes (40, 50 et même 60 par minute). Les complications fréquentes du côté du poumon, de la plèvre, du coeur, viennent souvent exagérer cette dyspnée due au refoulement du diaphragme et à l'intoxication.

Les *lochies* deviennent fétides, diminuent et quelquefois disparaissent même dès le début de la maladie. L'involution utérine ne se fait pas.

La secrétion lactée ne se produit pas, si la péritonite débute dès le deuxième ou troisième jour des couches; ou elle s'arrête brusquement, quand la péritonite apparaît après la montée du lait.

Malgré l'état général rapidement mauvais, *l'intelligence* reste à peu près intacte jusqu'à la période ultime. Le délire ou plutôt le subdelirium, signe de mau-

vais augure, ne survient que dans les 12 ou 18 heures qui précèdent la mort.

La cessation de la douleur et des vomissements et la persistance de l'intégrité de l'intelligence, quelque temps avant le subdelirium, font croire aux malades et à l'entourage que la maladie est jugulée; mais l'état du pouls, le ballonnement et l'état général ne peuvent tromper le médecin qui voit dans ces différents symptômes l'approche de la mort.

A la fin, la prostration est profonde, les sens s'émoussent, la voix s'éteint, le coma survient, le refroidissement devient général, les parties découvertes se cyanosent, et la moribonde prend une teinte livide et marbrée.

MARCHE. DUREE. TERMINAISON.—La péritonite puerpérale n'évolue pas toujours de la même manière. Quand elle survient le lendemain de l'accouchement, elle marche avec une rapidité extrême et enlève la malade en trois ou quatre jours. Dans ce cas toute la séreuse abdominale est prise en quelques heures. C'est la forme foudroyante décrite par Hervieux; elle est rare aujourd'hui.

Le plus souvent la péritonite suit la marche que j'ai décrite plus haut et la mort survient en sept ou huit jours.

Quelquefois la marche de la péritonite est entrecoupée d'accalmies. Il se fait une rémission trompeuse; les symptômes semblent disparaître; on croit la malade guérie; puis une nouvelle poussée morbide se manifeste; les symptômes réapparaissent plus violents et la maladie suit son cours jusqu'à la mort.

Parfois, ce qui est exceptionnel, la péritonite peut

guérir. De deux choses l'une : ou les symptômes de la péritonite aiguë s'arrêtent brusquement et la maladie semble avorter; peut-être dans ce cas y a-t-il erreur de diagnostic; ou la guérison survient par une sorte de localisation des phénomènes inflammatoires. Dans ce cas la maladie passe à l'état subaigu : les symptômes généraux et locaux s'amendent; il se forme dans le ventre une masse ou un plastron induré constitué par l'utérus et les intestins agglutinés par des fausses membranes.

Cette masse peut subir deux transformations. Elle peut fondre et mettre trois ou quatre mois à disparaître; ou bien elle devient le foyer de véritables abcès qui s'ouvriront soit par la paroi abdominale, soit dans le rectum, la vessie, le vagin. La guérison est toujours extrêmement lente, et parfois, les malades, qui ont résisté à la péritonite, finissent par succomber à une véritable fièvre hectique.

En dehors de ces formes classiques de la péritonite, il en existe une autre qui ne peut être reconnue qu'à l'autopsie. Dans cette forme, les malades semblent ne présenter que les symptômes d'une infection puerpérale commune (endométrite) ; il y a *peu* ou *pas de douleur abdominale, peu ou pas de ballonnement* du ventre, *pas de hoquet, pas de vomissement; la température est peu élevée ou même reste normale, mais le pouls est accéléré et petit;* le facies est généralement altéré, les yeux creux et le nez pincé. Cette forme de péritonite se termine généralement par la mort. A l'autopsie on trouve la cavité péritonéale remplie de pus. J'ai même rencontré quelques cas de cette forme où le

pouls n'avait ni la rapidité, ni la petitesse pouvant seulement laisser supposer une péritonite.

Jeannin *divise* les péritonites en cinq formes: 1° la péritonite généralisée suraiguë ou septicémie péritonéale; c'est la forme foudroyante décrite par Hervieux; 2° la péritonite phlegmoneuse aiguë ou purulente qui enlève la malade en six ou huit jours; 3° la péritonite généralisée subaiguë; c'est la forme avec des périodes d'accalmie; elle tue la femme au bout de 10 à 12 jours. Dans cette variété entrerait la forme silencieuse dans laquelle tout signe local ou général fait défaut; 4° la péritonite à kystes purulents multiples; elle a une allure nettement chronique; 5° la pelvi-péritonite, que j'ai décrite déjà sous le nom de péri-métrite.

PRONOSTIC.—La péritonite généralisée est toujours très grave, sinon toujours mortelle.

DIAGNOSTIC.—On dit généralement que le diagnostic de la péritonite s'impose par lui-même. Non, le diagnostic de la péritonite n'est pas toujours aussi facile que cela, et ne s'impose pas toujours d'emblée. Pour Jeannin, le problème devient souvent d'une extrême difficulté, parfois même il reste cliniquement insoluble.

"Deux sortes d'erreurs peuvent être commises, nous dit encore Jeannin:

"a) *On peut croire à une péritonite qui n'existe pas".* Il s'agit dans ces cas d'une *appendicite,* d'une *cholécystite,* de simple *péritonisme.*

"b) *On peut méconnaître une péritonite qui existe,* ajoute le même auteur. Si dans certains cas, la réponse ne souffre pas d'hésitation, il faut avouer que, dans beaucoup d'autres, ce diagnostic reste hésitant, mê-

me pour les observateurs les plus avertis. C'est qu'en effet, tous les *signes classiques de la péritonite aiguë peuvent ici faire défaut*, et, quand ils existent, ils ne *possèdent pas*, au moins pris isolément, *de valeur pathognomonique.* Le frisson initial est essentiellement inconstant... L'élévation de température n'a aucune espèce de valeur... Rien n'est plus variable que le ballonnement du ventre.... il peut faire complètement défaut dans la péritonite. Nous en dirons autant de la douleur abdominale: ...., nous avons tous vu des femmes en pleine péritonite, chez lesquelles la palpation du ventre, même forte ... peut se montrer absolument indolore. Les vomissements... dans bien des cas ne les voit-on pas apparaître que très tardivement... Tous les autres symptômes, diarrhée fétide, sueurs froides, altérations du facies, pincement du nez ......etc., se montrent également dans toutes les formes graves de l'infection puerpérale.

"Parmi toutes ces incertitudes, *force nous est de reconnaître* que le diagnostic de péritonite est, dans bien des cas, *une affaire de sens, de tact clinique*". J'ai souligné quelques mots de cette dernière phrase de Jeannin, dont j'ai reconnu la justesse dans au moins deux circonstances, où j'avais demandé l'opinion de médecins et de deux ou trois chirurgiens. J'affirmais avec force qu'il s'agissait de péritonite à la suite d'accouchement. Dire exactement sur quoi je basais mon diagnostic, je ne pourrais le dire; peut-être sur l'habitude de voir une variété infinie d'infections puerpérales? Mes confrères affirmaient le contraire d'une manière non moins convaincue. Dans ces deux circonstances, je forçai la main aux chirurgiens qui furent surpris de

trouver des ventres remplis de pus. Les malades n'en moururent pas moins.

TRAITEMENT.—La tendance actuelle est d'intervenir chirurgicalement dans les cas de péritonite soit généralisée, soit localisée. Il faut opérer dès que le diagnostic de péritonite est posé.

"*En cas de doute* (s'il y a ou non péritonite), dit Jeannin, *on devra conclure en sens positif*: car s'il est, finalement, de peu d'importance de pratiquer une laparatomie inutile, c'est vouer la femme à une mort certaine que de ne pas intervenir alors qu'il y avait réellement péritonite."

Dans la variété suraiguë de péritonite, l'opération est inutile, d'après certains auteurs, puisqu'il s'agit d'une septicémie péritonéale. Dans les formes aiguës, l'intervention donne une proportion de 50 p. 100 de guérisons, tandis que le traitement médical porte à 85 p. 100 la mortalité. La péritonite à forme phlegmoneuse et celle à épanchements multiples et enkystés sont les plus influencées favorablement par l'intervention chirurgicale.

ARTICLE V

LES PHLEBITES PUERPERALES

Après l'expulsion du placenta, l'hémorragie est contrôlée par la rétraction et la contraction du muscle utérin et par la coagulation du sang ou la formation de thromboses dans les sinus utérins. La dilacération des sinus inter-utéro-placentaires, lors de la délivrance, dé-

termine une vascularité traumatique, d'où résulte un dépôt de fibrine ou la formation de ces thromb qui obstruent la lumière des vaisseaux. La thrombose est donc un phénomène physiologique constant de la puerpéralité.

A l'état normal, quand l'utérus se rétracte et se contracte bien, les thromboses restent cantonnées à la partie la plus interne de la paroie utérine. Mais, si, pour une raison quelconque, il existe une atonie, une inertie utérine, il se fait une extension anormale du phénomène physiologique, et les thromboses, au lieu de rester cantonnées là, se prolongent jusque dans la couche musculaire, dépassent même l'utérus, gagnent le plexus utéro-ovarien, les vaisseaux iliaques, la fémorale ou la veine cave. Voilà constituée la *thrombo-phlébite aseptique* des suites de couches.

En 1912, à la Société Obstétricale de France, C. Jeannin, rapporteur, donne des phlébites puerpérales, l'étiologie et la pathogénie suivantes: "Il existe, dit-il, au cours de la puerpéralité, tout un ensemble d'éléments de nature à déterminer ou tout au moins à favoriser la production des thromboses. Si ces éléments se rencontrent surtout à l'état pathologique, ils existent même à l'état physiologique.

"I. *Etat puerpéral physiologique.*—Les conditions qui influent sur la production de coagulations intraveineuses, sont:

"(a) *Le ralentissement* de la circulation, tant au cours de la grossesse que des suites de couches.

"(b) *Les modifications du sang.*—D'importance capitale, elles sont d'ordre chimique et d'ordre histologique.

"Les principales modifications chimiques sont: l'abaissement de la densité du sang, l'accroissement de la proportion du plasma, l'augmentation de la fibrine durant les trois derniers mois, la diminution de l'alcalinité sanguine, l'accroissement de la teneur en chaux. Les principales modifications histologiques sont: l'augmentation du nombre des leucocytes, puis leur destruction considérable vers la fin de la grossesse, d'où mise en liberté de la thrombase.

"(c) *L'existence des facteurs multiples qui tendent tous à la destruction de l'intégrité de l'endothélium veineux.*—Ces facteurs sont:

"1° D'ordre mécanique: contractions utérines, compression, élongation des veines intra-pelviennes, gêne apportée à la circulation du sang en retour. Histologiquement, il faut tenir compte des blessures produites lors de la pénétration, par effraction, de l'oeuf dans la muqueuse, et, vers la fin de la grossesse, de l'action exercée par les cellules géantes de la caduque utéro-placentaire.

"2° D'ordre toxique: toxines d'ordre alimentaire, ovarienne (secrétion du corps jaune) ectoblastique, fœtale.

"3° D'ordre infectieux, les voies génitales n'étant jamais en état d'asepsie.

"II. *Etat puerpéral pathologique.*—Il y a tout d'abord *augmentation des phénomènes signalés à l'état normal* (ralentissement de la circulation, modification humorale du sang, traumatisation des veines, attaque de l'endothélium par les toxines d'origine endogène). Il y a plus:

(a) *Des éléments d'ordre toxique particulier,* en

cas surtout *d'intoxication gravidique*, ou d'intoxication de *nature hétérogène*.

"(b) *Des éléments d'ordre infectieux*, tant au cours de la grossesse (endométrite préexistante, colibacillose, infection intercurrente) que des couches (infections puerpérales).

"(c) *Une place toute spéciale doit être réservée aux hémorragies*, qui favorisent les thromboses de toutes manières: par altération du sang, par la présence de caillots et de sérum sanguin dans la cavité utérine, etc. Ceci nous explique le rôle étiologique de *l'insertion vicieuse du placenta.*"

De ce qui précède on voit que la thrombose est un phénomène constant au cours des suites de couches; la thrombose existe à l'état physiologique et dans les états pathologiques.

La thrombose physiologique siège au niveau de l'aire placentaire. Les thrombo-phlébites sont de deux espèces. Les unes sont les *thromboses aseptiques, ou atoniques;* elles ne sont autre chose que l'extension anormale du processus physiologique. Elles sont dues à des actions physiologiques spéciales à la puerpéralité; les germes pathogènes n'y jouent aucun rôle. Les autres, les plus communes et les plus importantes, *les thrombo-phlébites infectieuses*, sont dues à l'action des germes pathogènes. Tous les microbes peuvent produire ces dernières.

Les germes arrivent au niveau de l'endothélium veineux, soit en pénétrant directement dans la cavité des sinus; soit de dehors en dedans, en traversant la paroi vasculaire, donnant lieu d'abord à de la périphlébite qui a précédé l'endophlébite. Les germes prépa-

rent leur action en lésant, au préalable, l'endothélium par leurs toxines. Des germes, par eux-mêmes inoffensifs, peuvent aussi agir sur l'endothélium veineux par leurs toxines et le mettre ainsi en état de subir l'attaque de germes plus virulents.

La thrombo-phlébite puerpérale débute habituellement dans les vaisseaux utérins, c'est une *métro-phlébite*: elle s'étend ensuite aux vaisseaux latéraux de l'utérus, constituant la *phlébite utéro-pelvienne*, et peut atteindre les vaisseaux des membres inférieurs en donnant lieu à la phlegmatia alba dolens. Dans certains cas, consecutivement à une infection septicémique, la localisation de la phélbite se fait d'emblée à distance, par transport des germes pathogènes par le courant sanguin.

Cliniquement la thrombo-phlébite se divise en deux classes :

A. La thrombo-phlébite atonique ou aseptique des suites de couches.

B. Les thrombo-phlébites infectieuses qui se subdivisent en :

1° Phlébite utéro-pelvienne. Jeannin la nomme phlébite utéro-pelvienne simple ou adhésive ;

2° Infections veineuses généralisées. Jeannin dit : la phlébite infectieuse, ou plutôt infectante, cliniquement dénommée infection purulente ou pyohémie puerpérale ;

3° Thrombo-phlébite localisée à distance de la zone génitale (phlegmatia alba dolens).

A. *THROMBO-PHLEBITE ATONIQUE OU ASEPTIQUE.*

SYMPTOMES. — La thrombo-phlébite atonique se développe en dehors de l'intervention des germes infectieux et évolue le plus souvent d'une manière insidieuse. Cette thrombose n'est qu'une simple exagération du processus physiologique. La thrombose, comme je l'ai déjà dit, peut occuper toute l'épaisseur de la couche musculaire utérine, se prolonger dans les vaisseaux péri-utérins et gagner même les vaisseaux iliaques et la veine cave.

Si la thrombose reste cantonnée à l'utérus, les symptômes locaux sont nuls; mais si elle s'étend aux veines pelviennes, surtout à l'iliaque externe, on constate de la douleur et de l'œdème au membre inférieur, comme dans la phlegmatia alba dolens classique. La température reste toujours normale, c'est une *phlegmatia apyrétique. Le pouls seul devient plus rapide. Le pouls monte par échelons;* le nombre des pulsations reste un certain temps le même pour augmenter ensuite. L'ascension est permanente et progressive. Cette ascension s'explique par l'obstacle de plus en plus prononcé que la thrombose offre à la circulation. Elle atteint son maximum quand l'extension des caillots est à son maximum. Cette ascension progressive et permanente du pouls par échelons lui a fait donner le nom de *pouls grimpant* (Mahler).

Cette thrombo-phlébite aseptique est d'autant plus dangereuse qu'elle est le plus souvent silencieuse et insoupçonnée. Elle se révèle parfois brutalement par la production d'une *embolie massive* qui entraîne la mort

d'une puerpérale apparemment bien portante. Le caillot obturateur produit rarement de petites embolies qui se manifestent par un point de côté, un accès de suffocation, quelques crachats hémoptoïques.

La mort subite par embolie foudroyante survient chez l'accouchée à l'occasion de son premier lever ou quand elle s'assied dans son lit, après un accès de toux, un mouvement brusque.

Lepage, comme d'ailleurs beaucoup d'accoucheurs, a observé des cas de phlébite que rien ne faisait prévoir, avec embolie cependant mortelle, sans modification du pouls, sans modification de la température. Ces faits sont assez fréquents et viennent restreindre dans une grande mesure la pratique du lever précoce. D'après Lepage, il existe des cas dans lesquels on observe des phénomènes douloureux très marqués, pendant la grossesse, dans le petit bassin; s'il survient une phlébite pendant les suites de couches, on peut se demander avec raison s'il n'y a pas eu un commencement de thrombose pendant la grossesse.

TRAITEMENT. — Quand on soupçonne une thrombo-phlébite aseptique, il faut tenir les malades plus longtemps au lit, dans un repos complet.

B. *THROMBO - PHLEBITES INFECTIEUSES.*

Les thrombo-phlébites infectieuses se subdivisent en trois classes:

1° La phlébite utéro-pelvienne;

2° Les infections veineuses généralisées;

3° La thrombo-phlébite localisée à distance de la zone génitale (phlegmatia alba dolens).

1° *PHLEBITE UTERO-PELVIENNE.* — La phlébite utéro-pelvienne est exceptionnelle pendant la grossesse; on en a cité des cas indiscutables. Ainsi par exception, celle des suites de couches peut être la continuation d'une phlébite ayant débuté avant l'accouchement. En règle générale, la métro-phlébite apparaît pendant le post-partum et est toujours précédée par une phase d'endométrite, durant laquelle on trouve certains symptômes du côté de l'utérus, des lochies et de la température. Puis les germes, d'abord cantonnés à l'endomètre, se propagent dans les sinus et en infectent les thromboses. C'est la phase de phlébite utérine proprement dite qui commence.

Le diagnostic de la thrombo-phlébite, qui n'est pas toujours facile à établir, est basé sur des signes de probabilité et des signes de certitude. Les signes de probabilité sont: la fièvre, l'accélération du pouls, l'existence de symptômes thoraciques d'origine embolique. Les signes de certitude sont fournis par le toucher combiné au palper.

La métro-phlébite débute généralement vers le huitième ou le dixième jour du post-partum, rarement plus tôt. Elle s'annonce par un frisson plus ou moins violent, suivi d'une ascension de la température. La fièvre, due à des poussées de bactériémie ou de toxémie, affecte le type rémittent irrégulier. Elle présente de grandes oscillations, procède par poussées, monte brusquement, pour tomber rapidement en quelques heures. Parfois les oscillations thermiques sont séparées par des périodes d'apyrexie de plusieurs jours; c'est la forme intermittente *"intermittens puerperarum"* de Libow. Chaque poussée thermique est généralement précédée

d'un frisson plus ou moins violent. Cependant on peut n'observer que le frisson initial.

L'accélération du pouls, traduisant la gêne de la circulation, est un signe très important. *Elle apparaît plusieurs jours avant tout autre signe.* L'accélération du pouls est caractéristique; elle n'est pas passagère; elle est permanente, progressive et se fait par échelons: c'est le pouls grimpant de Mahler. Ce pouls grimpant peut cependant manquer quand la thrombose se limite strictement à l'utérus.

Le désaccord permanent entre le pouls et la température est une autre caractéristique de la thrombophlébite; c'est pourquoi il est bon de prendre la température souvent, pendant le jour, dans les cas ou le pouls est plus élevé qu'il ne devrait être. C'est ainsi qu'on dépistera la formation de certaine phlébite à allure sournoise.

Les symptômes abdominaux, subinvolution, sensibilité à l'utérus, météorisme, n'ont aucune valeur diagnostique. La douleur latéro-utérine est rarement spontanée; elle se révèle surtout à la palpation de la région hypogastrique.

Par contre, *les symptômes thoraciques d'origine embolique ont une grande importance.* Ces signes sont: un point de côté violent, de la dyspnée, des crachats hémoptoïques, un foyer de râles sous-crépitants. *Ces symptômes dominent souvent la scène et existent parfois seuls.* Ces symptômes peuvent se reproduire dans le cours de la maladie. Ils sont dus à de fines embolies qui se détachent des thrombus des veines utéro-pelviennes. Dans la *phlébite atonique les embolies* sont géné-

ralement *massives*, tandis que dans la *phlébite infectieuse* elles sont plutôt *petites, fines.*

En pratiquant, avec prudence et douceur, le toucher vaginal, combiné au palper, on peut sentir un cordon dur, moniliforme, sur le trajet des vaisseaux utéro-annexiels et des veines hypogastriques.

TRAITEMENT.—Le traitement consiste à tenir la malade dans le repos absolu au lit, aussi longtemps que la température et le pouls ne sont pas définitivement descendus à la normale. Il faut être prudent dans le traitement de l'infection utériné. On appliquera en permanence des sacs de glace sur l'abdomen.

Contre la généralisation de l'infection, et pour prévenir l'embolie, on a proposé la résection ou la ligature des veines du bassin thrombosées. Cette question est encore à l'étude; mais les accoucheurs paraissent avoir de la répugnance à recourir à ce traitement chirurgical qui ne peut être avantageux que dans certaines circonstances. La difficulté de préciser ces circonstances, le fait qu'un grand nombre de malades recouvrent la santé sans cette opération, et que, d'un autre côté, beaucoup meurent après l'opération qui auraient survécu sans elle, sont autant de facteurs qui découragent même les plus hardis.

En 1912, à la Société Obstétricale de France, Vanverts et Paucot, rapporteurs sur le traitement des phlébites puerpérales, ont dit:

"Avant d'avoir recours à cette exérèse de foyers veineux abcédés ou infectés, il est nécessaire de savoir s'il existe une localisation veineuse, sinon exclusive, du moins prédominante de l'infection puerpérale... Dans l'infection puerpérale, la phlébite à streptocoque viru-

lent s'accompagne rapidement de périphlébite souvent suppurée: l'évolution en est rapide: pyohémie aiguë. Dans les formes atténuées, l'infection reste localisée à la veine. Le traitement chirurgical ne sera applicable que dans les cas où la thrombo-phlébite ne sera pas accompagnée de lésions extravasculaires, dans les cas de pyohémie à virulence atténuée, à évolution subaiguë et chronique, enfin, dans ceux où la localisation aux veines du bassin permet d'intervenir en aval de la thrombose sur des segments de paroi vasculaire saine....

"Malheureusement les signes cliniques qui peuvent conduire à l'intervention sont imprécis. Les lésions de lymphangite coïncident souvent avec celles de la phlébite et compliquent l'examen local, empêchant de sentir le cordon veineux. L'existence de signes non douteux de périphlébite étendue est une contre-indication formelle à l'intervention. S'il existe une paramétrite légère, on peut toujours recourir à la laparotomie exploratrice et se comporter alors suivant les circonstances. Quand on se trouve en présence d'une thrombophlébite accompagnée de métastases précoces et multiples, il est inutile d'intervenir. Quand au cours d'une thrombo-phlébite à évolution chronique, on voit, après une rémission, survenir de nouveaux phénomènes fébriles, des frissons et même des accidents emboliques, l'intervention chirurgicale est à conseiller. En résumé, pour les auteurs, il est impossible de formuler des indications précises de l'intervention chirurgicale; opérer ou s'abstenir sont également légitimes; les conditions du milieu et la température influeront beaucoup sur les décisions à prendre."

A la Société Obstétricale de France, Henrotay

(Anvers) déclare qu'il n'est pas partisan de ces interventions dont les indications sont difficiles à préciser. Fieux pense que le diagnostic des phlébites utéro-pelviennes est très difficile à établir. Ni la courbe thermique, ni la courbe du pouls, ni les signes locaux ne peuvent conduire à un diagnostic exact. Devant cette difficulté de préciser une intervention, Fieux préfère s'abstenir.

2° *INFECTIONS VEINEUSES GENERALISEES, PHLEBITE INFECTANTE, PYOHEMIE PUERPERALE, SEPTICEMIE PUERPERALE CHRONIQUE, INFECTION PURULENTE*, voilà autant de noms pour désigner une des variétés de l'infection généralisée, que je décrirai plus loin sous le titre de *pyohémie.*

3° *PLEGMATIA ALBA DOLENS.*—La phlegmatia alba dolens est la variété la plus habituelle des thrombo-phlébites puerpérales; c'est une phlébite oblitérante des gros troncs veineux, principalement ceux des membres inférieurs. Elle constitue une forme atténuée et tardive de l'infection puerpérale.

Cette phlegmatia peut succéder à toutes les formes d'infection puerpérale, depuis la simple vaginite ou endométrite jusqu'à la pyohémie; elle est plus fréquente cependant à la suite des cas légers.

La phlegmatia alba dolens peut se développer de trois manières:

1° Elle peut être la conséquence de la propagation d'une phlébite utérine à la veine iliaque interne, le caillot s'étendant de là aux veines fémorale et saphène.

2° Les germes infectieux, charriés par le sang,

se fixent sur l'endothélium de la veine et de préférence près des nids valvulaires. L'endothélium s'enflamme au contact des microbes, et un caillot plus ou moins oblitérant se forme au niveau de la zone inflammatoire. Dans ce cas toutes les veines peuvent être atteintes: les veines humérales, cérébrales, ophtalmiques, etc. Ce sont, surtout les veines des membres inférieurs qui sont atteintes, parce que, étant très éloignées du coeur et fréquemment variqueuses, elles se prêtent mal à une circulation active.

3° La thrombo-phlébite est secondaire à une cellulite pelvienne. L'infection, partie du canal génital, s'est propagée par les lymphatiques au tissu cellulaire du bassin, et de là . tissu cellulaire de la cuisse et finalement à la veine fémorale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—Les lésions de la paroi veineuse sont caractérisées par un épaississement des tuniques. L'endothélium se tuméfie, devient granuleux et finalement desquame, amenant la formation d'un caillot. L'endothélium disparu, les cellules fixes de la couche sous-endothéliale, aplaties et espacées à l'état normal, sont gonflées et multipliées, et dans la tunique externe, les vaisseux nourriciers sont dilatés et entourés de cellules embryonnaires. A une période plus avancée, la tunique moyenne, hypertrophiée, se laisse pénétrer par les néo-vaisseaux provenant de la tunique externe et se dirigeant vers le caillot pour l'organiser. La membrane interne se soude alors au caillot.

Le caillot se termine par une extrémité libre (tête de serpent, battant de cloche) dans le segment de la veine oblitérée qui est le plus voisin du coeur; c'est cette languette mobile qui, battue par le courant san-

guin, ou détachée par l'afflux sanguin d'une collatérale, va former l'embolie.

A la longue, après plusieurs semaines, le caillot se modifie: ou bien, il se désagrège, s'effrite et ses éléments se résorbent, disparaissent; ou bien, il est envahi par des bourgeonnements vasculo-conjonctifs poussés par la fine membrane qui l'enveloppait; il subit une transformation fibreuse qui change définitivement la veine en un cordon dur et résistant. Quelquefois ce travail s'opère d'une façon irrégulière: les portions périphériques du caillot se rétractent, les portions centrales restent vides; il se forme une véritable canalisation par l'intermédiaire de laquelle la circulation peut se rétablir.

Le caillot peut aussi se ramollir, devenir caséeux, purulent (phlébite suppurante).

FREQUENCE.—D'après les statistiques hospitalières de Pinard et de Champetier de Ribes on trouve 92 phlegmatias sur 37,427 accouchements (1 sur 407).

SYMPTOMES.—La phlegmatia alba dolens a en général un début insidieux. Avant les manifestations apparentes de la maladie, il existe toujours une phase préphlébitique qu'une observation un peu scrupuleuse aurait toujours pu déceler.

Pendant la période préphlébitique, on peut observer différents types de température. Tout d'abord. si la température n'est pas prise régulièrement matin et soir, au moyen du thermomètre, des élévations de température assez considérables peuvent passer inaperçues. Prise matin et soir, la température peut paraître absolument normale, quand, en réalité, à d'autres moments de la journée, le thermomètre pourrait indiquer de lé-

gères élévations. Pour être absolument certain que les suites de couches sont parfaitement normales, il faut prendre la température toutes les quatre heures et même toutes les deux heures, comme je le fais très fréquemment.

Pendant cette période préphlébitique, la température peut s'élever une ou deux fois seulement au-dessus de la normale, ou rester constamment au-dessus de la normale sans atteindre cependant 38°C.

La phlegmatia peut enfin apparaître au milieu ou à la suite d'accidents nettement infectieux.

Pendant la période préphlébitique, on observera encore des douleurs utérines plus ou moins prononcées, constantes, une insomnie plus ou moins complète, un peu de fétidité lochiale, quelques escarres vulvo-vaginales, un pouls plus rapide.

Les symptômes relativement fréquents qui font prévoir l'apparition de la phlegmatia, sont: *une douleur dans l'épaule, un point de côté au niveau du thorax, un peu de dyspnée, des crachats hémoptoïques, des phénomènes de percussion et d'auscultation fugaces et variables.* Ces symptômes sont causés par de fines embolies pulmonaires microbiennes.

On peut encore noter avant l'apparition de la phlegmatia, une douleur au niveau de la fosse iliaque répondant à une coagulation dans l'hypogastrique, des fourmillements, des crampes, une sensation de lourdeur dans le membre, une douleur à la face postérieure de la cuisse.

Après tous ces signes précurseurs qui passent souvent inaperçus, l'affection *se déclare subitement par*

une élévation brusque de la température, par de la douleur et de l'œdème au niveau du membre malade.

La phlegmatia débute rarement avant le douzième jour. Sa date d'apparition est généralement du 15e au 21e jour. Une statistique de 26 cas de Pinard et *Wallich* donne les dates suivantes:

Première semaine, 4 fois: 6e, 7e, 7e, 7e jour;

Deuxième semaine, 7 fois: 8e, 9e, 9e, 9e ,10e, 10e, 12e jour;

Troisième semaine, 8 fois: 15e, 16e, 16e, 17e, 18e, 18e, 19e, 20e jour;

Quatrième semaine, 7 fois: 22e, 23e, 24e, 24e, 26e, 30e, 30e jour.

La phlébite peut encore se manifester, comme plusieurs accoucheurs l'ont observée, le 45e jour.

L'attaque s'annonce généralement par un frisson ou une sensation de froid et une *recrudescence de la température* qui monte jusqu'à 38.5°, 39° et 39.5°, ou 40 *pour retomber le même jour à la normale, et s'élever de nouveau* le lendemain ou le surlendemain quand la douleur apparaît.

Autrefois, j'ai observé plus souvent le début de la phlegmatia vers le 21e jour. Depuis quelques années, voici ce que j'ai remarqué le plus ordinairement: après les sympôtmes préphlébitiques du début des suites de couches (très légères élévations de température, pendant les cinq ou six premiers jours), la température est redevenue normale jusqu'au 10e ou 11e jour; alors à un de ces deux jours, la température s'élève à 39° ou 39.5°, y reste pendant 12 ou 18 heures, quelquefois moins, retombe à la normale, et remonte le 13e jour à

39° ou à peu près, en même temps qu'apparaît le symptôme *douleur.*

Je remarque facilement ces différentes élévations de température, soit à la Maternité, soit dans ma clientèle de ville, parce que dans les deux endroits mes malades restent longtemps au lit. A la Maternité, aucune malade ne se lève avant le dixième jour, même dans les cas où la température a toujours été absolument normale; si la température s'est élevée même très légèrement au-dessus de la normale, la malade ne se lèvera jamais avant le 13e, le 15e ou le 18e jour. Dans ma clientèle privée, tant à la Maternité qu'à domicile, mes patientes gardent le repos au lit pendant une vingtaine de jours. Les malades partent très rarement de la Maternité avant le 21e jour. Je tiens les malades aussi longtemps que possible au lit et au repos pour prévenir tous les accidents. Je considère que le but de l'accoucheur n'est pas tant aujourd'hui de sauver la vie des accouchées que de conserver ou d'améliorer leur santé. En effet la *mortalité est complètement retranchée* aujourd'hui du vocabulaire du bon accoucheur qui doit tendre par tous ses efforts à en faire disparaître le mot *morbidité.*

Dans la clientèle ordinaire, on cesse de prendre la température aussitôt après le lever de l'accouchée, c'est-à-dire après le 7e ou le 8e jour. Aussi l'élévation de température qui marque le début de la phlébite passe-t-elle souvent inaperçue, et le premier symptôme qui frappe la malade c'est la *douleur* dans le membre atteint.

La douleur, premier symptôme apparent, est fréquemment d'abord généralisée à tout le membre ; puis, le

lendemain ou le surlendemain, la douleur se localise au pli de l'aine, au niveau du *mollet, au creux poplité*, au talon, enfin la douleur s'étend à tout le trajet de la veine fémorale. Le plus habituellement c'est le membre inférieur gauche qui est atteint. Quelquefois le membre *droit est frappé, et, dans ce cas, infailliblement le membre gauche se prendra secondairement.*

La douleur est d'intensité variable; réduite quelquefois à une simple sensation d'engourdissement et de pesanteur, elle peut devenir très vive au point d'arracher des cris à la malade; quelquefois continue, avec des élancements intermittents, elle empêche la malade de dormir pendant plusieurs nuits. Les phénomènes douloureux s'accentuent avec les mouvements ou la moindre pression; aussi la malade est-elle obligée d'immobiliser le membre dans une position où les veines ne sont pas tiraillées, c'est-à-dire en demi-flexion et rotation en dehors. Aux douleurs de la veine s'ajoutent souvent des crises de caractère névralgique dans le domaine du sciatique. La peau perd un peu de sa sensibilité au contact et à la température; parfois, au contraire il y a hyperesthésie au pincement et au frottement.

L'œdème succède, d'ordinaire, rapidement à la douleur; parfois cependant il peut la précéder. Il débute généralement au point où s'est formé le thrombus, à la racine du membre pour s'étendre à toute la jambe; parfois c'est au niveau des malléoles qu'il se montre en premier lieu et il s'étend progressivement, de bas en haut, au membre entier. L'œdème est plus ou moins marqué, suivant que la circulation collatérale, plus ou moins développée, obvie à l'obstruction du vais-

seau thrombosé. L'œdème est parfois si peu marqué qu'il faut prendre un ruban métrique pour constater l'augmentation de volume du membre. L'œdème peut aussi se localiser à un segment du membre (cuisse ou jambe). En général l'œdème augmente de plus en plus jusqu'à la période d'état. Il devient quelquefois si considérable que le membre en est complètement déformé. Les saillies et les dépressions normales disparaissent; la jambe et la cuisse se continuent sans délimitation pour former un gros cylindre. Parfois l'œdème est si accusé, si dur, la peau si tendue, que la dépression en godet, qu'on a coutume de déterminer par la pression du doigt dans les tissus œdématisés, peut faire défaut.

La peau du membre œdématié présente certaines particularités: elle est d'un blanc nacré, lisse, brillante, tendue. La peau est blanche, parce qu'il y a anémie causée par l'arrêt de la circulation dans les capillaires superficiels à la suite de la distension du tissu cellulaire et des aréoles du derme. La peau est lisse, tendue et dure par suite de la même cause. Elle est douloureuse parce qu'il y a compression des extrémités nerveuses et que le contact d'un sang surchargé d'acide carbonique exagère la sensibilité. On y voit quelquefois circuler des veinosités bleuâtres, indice d'une circulation compensatrice par les veines superficielles. Si la phlébite envahit les veines superficielles, la peau prend une teinte cyanique (phlegmatia cærulea dolens). Parfois la peau est rosée (forme lymphangitique). Quelquefois on observe de la rougeur sur le trajet de la veine malade.

On peut constater par la palpation l'existence d'un

cordon dur avec des *renflements noueux* sur le trajet de la veine malade. Cette palpation n'est pas sans danger; elle risque de mobiliser un caillot. Elle est le plus souvent infructueuse, parce que le vaisseau malade est situé profondément. Dans le cas de thrombose superficielle, dans la saphène, on peut avoir la sensation de la corde noueuse.

Presque toujours les *voies lymphatiques* sont indemnes, et il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Un signe presque constant de la phlegmatia c'est *l'hydarthrose* du genou par suite de la thrombose des veines péri-articulaires. Cette hydarthrose précède souvent l'œdème. Lepage l'a constatée dans quelques cas, seulement quand la phlegmatia était en pleine évolution et même en décroissance.

Assez souvent, et même généralement d'après Picard, Wallich et Damaschino, la *température* du côté malade est plus élevée que celle du côté sain de quelques dixièmes de degré. D'après Delestre, *il peut exister, chez la femme saine*, dès les premiers jours des suites de couches, une différence de température de *quelques dixièmes de degré entre les deux membres inférieurs,* tandis que, dans *les cas de phlegmatia,* on peut constater *un écart de température de un à quatre degrés.* Aussi en conclut-il que la constatation d'un écart supérieur à un degré, se maintenant pendant plusieurs jours consécutifs, permet de diagnostiquer l'existence d'une phlegmatia.

L'impotence fonctionnelle du membre est plus ou moins complète, précoce et prolongée. Il semble à la malade qu'elle a un *membre de plomb.*

Les *symptômes généraux* sont subordonnés à l'in-

tensité de l'infection et de la réaction inflammatoire de la veine. L'élévation de la *température,* constante au début de la phlegmatia, peut être plus ou moins considérable et se maintenir 3, 4, 6, 8 ou 10 et même 15 jours avant de tomber à la normale.

Dans certains cas la température oscille entre 37°,5 ou 38°, dans d'autres cas entre 38° à 40°.

Le retour de la fièvre, après que la température s'est maintenue à la normale pendant quelques jours, indique une nouvelle poussée infectieuse, une nouvelle poussée phlébitique du vaisseau atteint ou une phlébite d'une autre veine du même membre, et le plus souvent l'envahissement d'un autre membre.

Le pouls, est presque toujours fréquent et en désaccord avec la température. Il oscille entre 100 et 110. même quand la température est tombée à la normale. Lorsqu'il se produit une embolie, la rapidité du pouls augmente brusquement.

L'état général est ordinairement peu touché et en tout cas il redevient bon quand la température s'abaisse.

FORMES CLINIQUES DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS.—La phlegmatia peut présenter cinq variétés cliniques:

1o. La forme commune ou à évolution ordinaire, celle qu'on rencontre le plus souvent et le plus ordinairement; la forme classique en un mot;

2o. La forme à début pulmonaire;

3o. La forme bâtarde;

4o. La forme dite latente, une des plus graves

par son caractère insidieux et son allure d'apparence bénigne;

5o. La forme abortive.

1o. *LA FORME COMMUNE OU CLASSIQUE* est celle que j'ai décrite plus haut.

2o. *PHLEGMATIA A DEBUT PULMONAIRE.*—Dans cette variété, les symptômes pulmonaires constituent le début de la maladie. Ces signes précurseurs apparaissent trois ou quatre jours, quelquefois huit jours, avant l'apparition de la phlegmatia, et ils siègent au niveau du thorax. On remarque d'abord une douleur plus ou moins vive à l'épaule, douleur qui gagne bientôt la cage thoracique, et prend la forme d'un point de côté; puis on observe, du côté du poumon et de la plèvre, des signes qui [illegible] font croire à une pneumonie ou à une pleurérie, v[illegible]n début de tuberculose pulmonaire.

Ces symptômes sont dus à de petites embolies pulmonaires qui, le plus souvent, reconnaissent pour origine une thrombose pelvienne, c'est-à-dire que ces embolies pulmonaires se font à une période de l'affection où la thrombose est encore limitée aux veines du bassin et n'a pas encore atteint les veines du membre inférieur.

Cette phlegmatia à début pulmonaire est souvent une cause d'erreur de diagnostic. "Le médecin appelé porte le diagnostic de névralgie ou de début de pleurésie ou de pneumonie, surtout si, arrivant quelques heures après l'apparition de la douleur, il constate, ce qui est la règle, une accélération et un défaut d'ampleur des mouvements respiratoires. La percussion et l'aus-

cultation de la poitrine vont encore l'entraîner dans l'erreur, car on peut rencontrer dans ces cas tous les signes des affections pulmonaires tantôt localisées, tantôt généralisées, depuis le bruit skodique jusqu'à la matité, depuis l'absence de murmure vésiculaire, le râle sibilant, crépitant, jusqu'au souffle le mieux caractérisé. Aussi, avons-nous vu les maîtres de l'auscultation les plus autorisés changer leur diagnostic du matin au soir et du soir au matin, annoncer alternativement l'existence d'une pleurésie, le matin sèche, le soir avec épanchement, faisant place à une pneumonie à laquelle venait se substituer le lendemain une broncho-pneumonie avec congestion ou apoplexie pulmonaire, cela quand apparaissaient des *"crachats hémoptoïques"* (Pinard et Wallich).

La phlegmatia peut donc être annoncée par un début tapageur, à grande allure: douleur au niveau de l'épaule ou du thorax, points de côté, battements du coeur violents, respiration accélérée, angoisse respiratoire, sensation d'oppression, dyspnée, quelquefois orthopnée, phénomènes de percussion et d'auscultation extrêmement fugaces et variables, crachats hémoptoïques. On se croit en présence d'une pneumonie ou d'une affection pulmonaire quelconque, et c'est une phlegmatia qui débute, et dont les symptômes véritables, douleur et œdème, vont bientôt se manifester.

Cette phlegmatia va évoluer comme la phlegmatia à forme classique.

3o. *PHLEGMATIA BATARDE.*—Jeannin décrit ainsi la phlébite bâtarde:

"Chez certaines femmes profondément infectées, la phlegmatia n'a que peu de symptômes locaux ;

tout se borne à un léger œdème et à un peu d'impotence fonctionnelle; encore ces signes sont-ils assez fugaces; mais l'état général est profondément altéré, la pâleur extrême, le pouls fréquent et mal frappé, et habituellement la femme finit par succomber."

4o. *FORME DITE LATENTE.*—La phlébite latente est d'autant plus grave qu'elle est plus insidieuse, qu'elle paraît plus bénigne, ou même que le diagnostic en est presque impossible, et que fréquemment elle amène la mort subite. Les seuls symptômes qui pourraient la faire soupçonner sont: une légère élévation de température, quelques petits frissons. Ces symptômes apparaissent vers le 9e ou le 11e jour: mais ils sont si peu marqués qu'on y prête peu d'attention. On les met sur le compte d'un refroidissement. d'une fenêtre ouverte, d'un courant d'air, d'un changement de température, d'une mauvaise digestion, d'un peu de fatigue. La malade demande à se lever, on ne s'y oppose pas. Elle s'assied dans son lit et retombe foudroyée par l'embolie; ou elle sort du lit, fait quelques pas, s'affaisse et meurt.

D'autre part, si le médecin est prudent, s'il se rappelle que la moindre élévation de température et le plus léger frisson sont des indices d'une complication quelconque des suites de couches, il retiendra ou mettra sa malade au lit, au repos absolu. Dans ces conditions, il ne se doutera peut-être pas qu'il a sauvé sa malade d'une mort probable, mais il sera souvent surpris de voir la phlegmatia se développer soit sous la forme commune, soit le plus souvent sous la forme latente.

5o. *FORME DITE ABORTIVE.*—Cette forme

diffère des deux premières formes par son peu de retentissement tant dans ses symptômes que dans son pronostic; c'est une phlegmatia atténuée, mitigée.

Voici la description qu'en donne Madame Liehrmann: "dans cette forme, la douleur est légère et débute souvent par le pied. Souvent localisée à ce dernier, elle peut gagner le mollet; jamais nous ne l'avons vue remonter plus haut... L'œdème ne dépasse pas les limites de la douleur; c'est-à-dire qu'il reste localisé au pied, si la douleur n'affecte que cette partie du membre inférieur; il gagne le mollet si la douleur affecte ce dernier. Et encore cet œdème revêt des caractères particuliers qui ne sont plus ceux de l'œdème classique de la forme commune.

"Le membre, (pied et mollet ou l'une de ces parties seulement), n'est pas gonflé outre mesure, ni tendu au point de ne pouvoir laisser même apparaître l'empreinte du doigt ou de donner l'aspect éléphantiasique. L'œdème est modéré; le doigt y garde son empreinte et ce n'est plus le gros gigot classique du membre inférieur, qui a perdu toute ligne et toute forme, mais c'est un simple gonflement rappelant celui du mal de Bright ou des œdèmes cardiaques et hydropiques.

L'évolution de la forme abortive est courte; elle se fait en huit ou dix jours.

En outre de ces différentes variétés de phlébites du post-partum on peut observer la *phlébite de la grossesse* qui, se manifestant dans les derniers temps de la gestation, peut amener des complications au moment de l'accouchement. La phlébite de la grossesse se produit sans cause apparente. Elle peut avoir pour point

de départ un paquet variqueux et pour cause une maladie infectieuse quelconque. J'en ai rencontré une à la suite d'une attaque de grippe au cinquième mois de la grossesse.

La phlébite de la grossesse est plus tenace et souvent double; elle se complique fréquemment d'embolies pulmonaires. La phlébite de la grossesse peut présenter les cinq variétés cliniques décrites plus haut. Les cas de mort subite chez la femme enceinte s'expliquent aisément par la formation d'une embolie.

EVOLUTION, COMPLICATIONS ET PRONOSTIC.—La phlegmatia a une marche lente. Elle dure en général de trois à six semaines et souvent davantage. Pendant ce temps la phlébite peut gagner le membre du côté opposé, le ou les membres supérieurs, les veines du cou, etc.

La terminaison habituelle est la guérison. Les accidents disparaissent progressivement, dans l'ordre suivant: la fièvre, les douleurs, l'œdème, l'impotence fonctionnelle. L'œdème disparaît progressivement, lentement, soit que la circulation se rétablisse en partie par la veine, par régression et résorption du caillot, soit qu'il se développe une circulation collatérale. La disparition de l'œdème est d'autant plus longue que son apparition a été plus rapide. Parfois la résolution n'a lieu qu'incomplètement; un œdème persistant survit à la phlébite, parfois pendant plusieurs années, et aboutit à cet état particulier de la peau qu'on a décrit sous le nom d'épaississement en *peau d'orange.* Le tissu cellulaire sous-cutané et la peau sont devenus le siège de modifications irrémédiables. Il se produit

là un engorgement chronique donnant au membre un aspect qui rappelle celui de l'éléphantiasis.

La femme guérie de sa phlegmatia conservera longtemps de la raideur, de la tendance à la fatigue. Souvent le membre qui a été malade présente, le soir ou après une fatigue, longtemps après la guérison, un léger œdème des malléoles; le pied est froid, engourdi. Les mouvements ne reviennent que graduellement. Les cordons veineux persistent parfois longtemps après la disparition de l'œdème.

La phlegmatia peut se compliquer localement de lymphangite avec adénite, d'érysipèle, de phlegmon de la gaine des vaisseaux, de suppuration, de sphacèle partiel de la peau.

Parmi les accidents tardifs, on observe les douleurs, les fourmillements, les élancements, les névralgies crurale ou sciatique qui s'exaspèrent à la suite d'une fatigue, d'une marche, au moment des règles ou aux variations de température, les raideurs articulaires, l'atrophie des muscles du membre malade, les difformités des pieds et des orteils (pieds bots phlébitiques de Verneuil). Ces complications sont dues soit au séjour trop prolongé au lit, soit à des névrites infectieuses, ou aux varices des nerfs (Quénu).

La complication la plus grave de la phlegmatia c'est l'embolie qui peut entraîner la mort subite. Pendant toute l'évolution de la phlegmatia la malade est exposée à la mort subite par embolie pulmonaire. La première et la dernière période de la maladie sont surtout à craindre quant à ce qui regarde l'embolie. Dans les débuts de la phlegmatia, les caillots sont peu adhérents aux parois vasculaires et par là même plus

susceptibles d'être entraînés par le courant sanguin. Leur transformation fibreuse ne s'étant pas encore effectuée, ils sont mous et friables, et leur desagrégation est plus facile. Lorsque les caillots se détachent au début de la maladie, ils sont généralement petits, multiples et produisent des accidents répétés. Cependant, ils peuvent produire la mort subite.

A la fin de la maladie, la patiente qui n'a plus de douleur, et a vu disparaître l'œdème, ne se croit plus obligée de tenir le lit. Les accidents mortels arrivent au moment du lever, à l'occasion de la flexion de la jambe, ou quand la malade s'accroupit pour la défécation. De tous les mouvements, le plus dangereux est certainement la flexion de la cuisse sur le bassin, car c'est au niveau du pli de l'aine que se fait le plus souvent la rupture du caillot.

L'embolie peut se produire très tardivement. quarante jours après l'accouchement, cas de Pinard, et trois mois après le début de la phlegmatia, cas cité par Trousseau.

L'embolie peut tuer la malade en quelques secondes (forme syncopale). S'il s'agit d'une embolie massive dans une branche principale ou le tronc de l'artère pulmonaire, la malade ressent une douleur violente dans la poitrine; elle est prise d'une dyspnée subite, d'une angoisse avec palpitation: elle étouffe; elle a soif d'air; elle palit. Puis la cyanose apparaît, se généralise et la mort survient en quelques minutes. La mort n'est pas toujours aussi brusque; elle peut se produire par asphyxie.

Lorsque le caillot est de petit volume, l'embolie n'amènera pas la mort subite, mais elle produira le ta-

bleau de l'apoplexie pulmonaire: point de côté, dyspnée, crachats hémoptoïques, noirâtres, peu nombreux, matité, souffle, râles crépitants. La malade peut guérir dans ce cas. D'un autre côté aussi, l'infarctus peut s'infecter et produire une broncho-pneumonie, une gangrène, etc. La phlegmatia constitue pour l'avenir un *locus minoris resistentiae*, aussi la femme qui en a souffert est-elle prédisposée à cette même complication dans les accouchements ultérieurs. C'est pourquoi il faut redoubler de précautions aseptiques et antiseptiques, et exiger un séjour prolongé au lit, quand elle accouche de nouveau.

DIAGNOSTIC.—Le diagnostic de la phlegmatia alba dolens est en général facile. Il faut redouter la phlegmatia chez l'accouchée qui présente, les premiers jours des couches de l'élévation de température, si légère soit-elle, ou une augmentation de la rapidité du pouls. Le diagnostic se confirme quand, vers le onzième, le treizième, le vingtième jour, ou même plus tard, cette malade a de la fièvre, un léger frisson, une douleur vive dans la fosse iliaque ou au niveau du mollet.

Il ne faut pas confondre avec l'œdème et la douleur de la phlegmatia, l'œdème malléolaire assez accusé et les douleurs des membres inférieurs qu'ont les femmes pendant les premiers jours qui suivent le lever, quand elles ne sortent du lit qu'au vingtième jour. Dans ce dernier cas il n'y a pas de fièvre, et la douleur siége au niveau des articulations et non sur le trajet des veines. On ne peut confondre l'œdème de la phlegmatia avec l'œdème cardiaque ou brightique qui est mou, non douloureux, et, généralement bilatéral.

Ce dernier se distingue encore par les anamnestiques et la constatation des lésions causales.

Au cours des formes sérieuses d'infections puerpérales, on peut observer certains œdèmes sans rapport avec une oblitération veineuse. Ces œdèmes sont limités, mobiles, fugaces; ils sont dus à l'action des toxines microbiennes.

Le diagnostic entre la phlébite ou périphlébite variqueuse et la phlegmatia est assez facile. La première est caractérisée par l'existence d'un paquet variqueux superficiel, bosselé, et douloureux, sous une peau violacée. La périphlébite y est presque constante.

Les douleurs dues à des névralgies ne s'accompagnent ni de gonflement, ni de température, et les points douloureux n'ont pas le même siège que ceux de la phlegmatia.

TRAITEMENT. — Le traitement prophylactique de la phlegmatia a'... ...ens, c'est la prophylaxie de l'infection puerpérale en général. Toute femme, ayant présenté pendant les suites de couches une élévation thermique quelconque, même très faible, devrait être retenue au lit plus longtemps. On devrait l'interroger et l'examiner soigneusement au point de vue de la phlébite, avant de lui permettre de se lever. On pourrait ainsi souvent dépister quelques symptômes de la maladie au moment de la période préoblitérante, et éviter, en mettant la malade au repos, les dangers de l'embolie et les ennuis d'un long séjour au lit qu'entraînerait l'oblitération définitive de la veine.

Une fois établie, la phlegmatia ne reconnaît pas de traitement direct capable de la combattre, et d'arrêter ses progrès. Tout ce que nous pouvons contre elle

c'est "d'éviter, dans la mesure du possible, les redoutables complications de cette maladie, favoriser sa résolution et réduire au minimum les infirmités qu'elle peut laisser à sa suite" (Pinard).

Le traitement symptômatique est local et général.

Le traitement local renferme deux prescriptions faciles à retenir et à comprendre: mettre le membre malade dans une immobilité absolue; calmer la douleur.

Il faut immobiliser le membre pour éviter toute fragmentation du caillot qui, transformé en embolie, donnerait rapidement la mort. Voici comment Pinard entend ce *repos absolu*. "Il faut que la malade reste dans le décubitus dorsal, avec défense absolue de s'asseoir ou de se retourner dans son lit, de s'arc-bouter pour recevoir le bassin, de chercher à prendre quoique ce soit sur sa table de nuit."

On place le membre sur un coussin ou dans une gouttière garnie d'ouate. Le pied sera plus élevé que le genou et la hanche. On le mettra dans une bonne position, ni trop en dehors ni trop en dedans; le talon dépassera l'extrémité du coussin, de manière à ne subir aucune pression qui y produirait une escarre; la face plantaire sera appuyée sur un plan perpendiculaire au lit, afin d'éviter la difformité en varus ou varus équin.

On calmera la douleur par l'administration de la morphine ou l'application de compresses humides chaudes, par de légères onctions avec des pommades adoucissantes, ou l'enveloppement du membre dans du coton arrosé avec un liniment sédatif. On n'exercera

aucune compression, ni aucune friction violente sur le membre œdématié.

La femme doit garder le repos au lit pendant environ trente jours à compter de la dernière élévation de température. Par crainte de l'embolie, il ne faut pas maintenir la femme au lit pendant des mois ; c'est ainsi qu'on produirait des raideurs articulaires et des troubles trophiques difficiles à faire disparaître.

Il faut être très prudent pour faire passer l'accouchée de la position horizontale à la position verticale ; il faut agir avec gradations successives. On fera d'abord exécuter de petits mouvements aux orteils et au pied, puis au genou. Tous les jours, pendant quelques temps, on mettra un coussin de plus sous la tête de la malade ; on fera ainsi passer graduellement la malade de la position horizontale, à la position demi-assise dans le lit, puis à la position assise. Enfin on la mettra dans une chaise longue, un fauteuil, et en dernier lieu on permettra la station verticale et la marche.

Quand la malade est hors du lit, on fera exécuter doucement, sans brutalité des mouvements passifs, pour rendre leur souplesse aux articulations enraidies ; on aura aussi recours au massage, à l'électrisation ; certains médicaments, tels que l'intrait de marrons d'Inde, agissent bien contre les troubles liés à la phlébite chronique.

Albert Robin met les médecins en garde contre les accidents du séjour trop longtemps prolongé au lit : "Il arrive souvent que, deux mois après l'invasion d'une phlegmasie, le membre atteint reste tuméfié, les tissus épaissis et peu mobiles, les articulations du genou, du pied, voire même de la hanche, enraidies et comme

enkylosées. Un certain degré de lipomatose envahit la jambe, masque l'atrophie des muscles sous-jacents; quelques douleurs persistent le long des nerfs enflammés. Le médecin se laisse tromper par ces symptômes, croit à la persistance des phénomènes inflammatoires, et hanté par l'idée de l'embolie, il maintient sévèrement la malade dans son lit, dans une immobilité absolue. C'est là qu'est le danger: les jointures s'enkylosent de plus en plus, l'atrophie progresse, les déformations en pied-bot peuvent se produire, et si l'on n'y prend garde, on expose les sujets atteints à une infirmité pénible, on retarde pendant de longs mois la guérison définitive qui ne s'obtient qu'après un usage prolongé de béquilles et de bâtons, à force de pansements compressifs, de balnéation et même d'électrothérapie."

Pendant un certain temps après le lever, la femme devra porter un bas élastique ou une bande de flanelle ou de crépon enroulée autour du membre.

Si la phlegmatia s'accompagne de suppurations périphlébitiques, il faudra ouvrir et faire un pansement antiseptique.

TRAITEMENT GENERAL DE LA PHLEGMATIA. — Le sérum anti-streptococcique peut être employé avec avantage. Les injections intra-veineuses d'électrargol ont aussi leur utilité. Quelquefois on doit avoir recours aux abcès artificiels. Les toniques et les stimulants ont aussi leurs indications.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS CAUSEES PAR L'EMBOLIE. — Lorsqu'une embolie un peu volumineuse se détache et pénètre à travers la veine cave dans l'oreillette, le ventricule droit et l'artère pul-

monaire, elle détermine fréquemment la mort subite par syncope. Toute intervention est inutile.

Si l'embolie ne tue pas d'une manière foudroyante, la malade peut vivre quelques heures ou quelques jours. Le traitement consiste dans ce dernier cas à pratiquer une révulsion énergique au moyen de frictions vinaigrées, de sinapisations, de ventouses sèches, faire la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue. Les injections sous-cutanées fréquemment répétées d'huile camphrée donnent de bons résultats.

Dans la forme asphyxique prolongée, on administrera les stimulants généraux sous forme de vin, d'acétate d'ammoniaque; on ordonnera les sinapisations, les ventouses sèches et même scarifiées, et même en face d'une asphyxie imminente, une large saignée.

ARTICLE VI

INFECTION GENERALISEE (GRANDE INFECTION).

Dans la grande infection ou infection généralisée tout l'organisme est envahi par l'infection, et les symptômes locaux, s'il y en a ou s'il y en a eu, passent au second plan, ou disparaissent devant la prédominance des symptômes généraux. L'infection généralisée peut donc être consécutive à une infection locale, endométrite, vaginite, annexite, ou elle peut s'installer d'emblée, sans lésions importantes en apparence des voies génitales, en l'absence de toute réaction.

Quelques auteurs divisent l'infection généralisée en

trois classes : 1° la péritonite généralisée ; 2° la pyohémie ; 3° la septicémie ; mais la plupart des auteurs retranchent la péritonite de l'infection généralisée, et en font une classe à part, quoique, dans la péritonite, l'infection soit de fait rapidement généralisée à tout l'organisme.

Laissant de côté la péritonite généralisée que j'ai déjà décrite, je diviserai l'infection généralisée en deux grandes classes à savoir :

1° La septicémie non suppurée ou septicémie puerpérale. Les accoucheurs américains désignent cette infection généralisée sous le nom de bactériémie ;

2° La pyohémie (ancienne infection purulente) ou septicémie suppurée. Les Américains la nomment pyohémie, septicopyohémie ou bactériémie métastatique.

Edgar désigne l'infection généralisée sous l'expression de bactériémie-toxémie. D'après Edgar la bactériémie-toxémie comprend trois formes qui en réalité peuvent se résumer en deux : 1° la septicémie ; 2° la pyohémie, et 3° la septicopyohémie. Dans cette dernière variété l'infection se généraliserait concurremment par les lymphatiques et les veines, mais à vrai dire dans la septicémie et dans la pyohémie les germes peuvent avoir les mêmes voies de propagation. A ces différentes formes d'empoisonnement du sang, Edgar ajoute encore la septicémie saprémique qui comprend la septicémie gazeuse. On trouve dans Bar, Brindeau et Chambrelent, la description de la septicémie gazeuse à la suite des septicémies puerpérales. Pour ces derniers auteurs la septicémie gazeuse est une des variétés de la septicémie aiguë.

1° *SEPTICEMIE PUERPERALE, SEPTICEMIE NON SUPPUREE, BACTERIEMIE.*—La septicémie ou bactériémie est une maladie infectieuse aiguë due à la pénétration dans le sang de microbes, principalement le streptocoque, et de leurs toxines, microbes et toxines, qui produisent des altérations du sang, certaine dégénérescence des organes, et des symptômes d'une intoxication rapide. L'élément essentiel de cette infection c'est l'invasion du courant sanguin par les microbes. Tous les microbes peuvent la produire; mais on trouve beaucoup plus fréquemment le streptocoque comme agent producteur.

Les voies de pénétration des microbes sont les vaisseaux lymphatiques, voie la plus fréquente, et les vaisseaux sanguins, principalement les veines. L'infection peut se faire uniquement par l'une de ces voies ou par les deux à la fois. Pour les auteurs américains, la division de la bactériémie ou septicémie d'abord en bactériémie ou septicémie proprement dite, secondement en bactériémie métastatique ou pyohémie, troisièmement en septicopyohémie, se base sur la voie de pénétration des microbes. Quand l'infection se généralise par les lymphatiques, elle constitue la septicémie ou bactériémie proprement dite ou septicémie non suppurée; quand elle se fait par les veines, elle devient de la bactériémie avec métastase, de la pyohémie ou de la septicémie suppurée; quand elle se fait par les deux voies à la fois, elle se nomme de la septicopyohémie. Cette manière de voir est plus théorique que vraie et pratique. Si, parfois, l'invasion du microbe par telle voie peut donner lieu à un tableau clinique particulièrement reconnaissable, il n'en est généralement pas ainsi; et, d'ordinaire, ce n'est

pas tant à cause de la voie de pénétration que la maladie prend telle ou telle forme, mais bien plutôt à cause de la rapidité de développement et d'évolution de la généralisation. Dans un cas (la septicémie), l'infection se généralise, se développe et suit une marche si rapide que les manifestations locales secondaires n'ont pas le temps de se produire; dans l'autre cas (la pyohémie), l'infection n'est plus suraiguë ou aiguë, elle est plutôt chronique, et les manifestations locales secondaires ont le temps de se produire, de se développer. Dans le premier cas, c'est la septicémie non suppurée ou septicémie proprement dite; dans le second, c'est la septicémie suppurée ou pyohémie. Ainsi ces deux formes ne sont que des degrés d'une même infection.

La septicémie puerpérale est *primitive* ou *secondaire.*

(A) *SEPTICEMIE PRIMITIVE.* — La septicémie généralisée d'emblée, sans lésion locale, est rare, même exceptionnelle aujourd'hui. Autrefois elle était fréquente et sévissait par épidémies, principalement dans la pratique de certains médecins. Dans ces cas, le streptocoque exaltait sa virulence par des passages successifs sur d'autres femmes.

Dans la septicémie primitive, le streptocoque, ayant une virulence spéciale et rencontrant une prédisposition spéciale de terrain, pénètre immédiatement dans le torrent circulatoire soit par les sinus utérins, soit par les lymphatiques. L'organisme, pour ainsi dire sidéré par les toxines microbiennes, ne réagit pas, et la femme ne tarde pas à succomber.

SYMPTOMES.—La période d'incubation est très

courte; les symptômes font leur apparition d'une façon précoce. Le deuxième, le troisième, rarement le quatrième, mais souvent le premier jour, parfois même quelques heures après l'accouchement, survient un frisson prolongé, violent. D'autres fois ce sont des petits frissons successifs que la malade éprouve. Le frisson n'est pas toujours constant. La température monte brusquement et atteint rapidement 40° 41°, 42°. La fièvre reste très élevée; l'écart entre la température du matin et du soir est peu marqué (un ½ degré seulement).

La fréquence du pouls augmente aussi brusquement. Le pouls oscille entre 120 et 160. Il est petit, faible, irrégulier. L'état général devient rapidement mauvais. Le facies est pâle, livide, terreux, plombé. La bouche est sèche; la langue rouge, sèche, sans enduit blanchâtre ni noirâtre; les extrémités cyanosées. Il se produit une dyspnée toxique *sine materia*. La respiration est très accélérée; on compte 40 à 50 inspirations par minute. Les matières fécales sont souvent diarrhéiques, très abondantes, noirâtres, fétides. Il y a suppression des lochies et de la sécrétion lactée. Les urines deviennent rares, albumineuses. Parfois tout le corps se couvre d'une éruption scarlatiniforme, et souvent, au niveau des membres, on observe des œdèmes fugaces et ambulants. Le ventre, à peine ou non ballonné, n'est pas douloureux. Les organes génitaux semblent indemnes. Parfois l'intelligence reste lucide jusqu'à quelques heures avant la mort qui arrive dans le coma. Le plus souvent il y a de la prostration, de l'indifférence, du subdélirium, parfois du délire aigu. Quand le foie est atteint d'une manière marquée, on re-

trouve les symptômes de l'atrophie jaune aiguë du foie. La malade meurt dans le coma, soit en hypothermie, soit en hyperthermie. Quelquefois la température continue à monter pendant les deux ou trois premières heures qui suivent la mort.

La mort est de règle dans la septicémie primitive aiguë. La rapidité de la maladie est quelquefois stupéfiante (forme foudroyante) et la mort survient en 36, 48 heures ou trois jours, comme s'il y avait eu absorption d'un poison violent. D'ordinaire la malade succombe au bout de quatre à cinq jours, parfois du sixième au dixième jour, ou même plus tardivement vers le quinzième jour (forme typhoïde).

Anatomie pathologique.—L'autopsie est négative, quant aux lésions mac oscopiques; mais on trouve des microbes dans le sang, . s viscères en sont farcis.

B. *SEPTICEMIE SECONDAIRE.* — La septicémie secondaire succède aux infections locales du tractus génital, soit du vagin, soit plus spécialement de l'utérus. Il est assez difficile de préciser le moment de son apparition; c'est généralement du huitième au quinzième jour après le début d'une infection. L'infection, dépassant les limites de l'utérus et se généralisant, s'annonce par une élévation plus marquée de la température, une augmentation de la rapidité du pouls, des frissons, etc. C'est en somme une aggravation progressive des symptômes déjà existants. En fin de compte, l'on observe les symptômes déjà décrits de la septicémie.

Cette septicémie présente le tableau de la dothiénentérie à la période d'état, avec fièvre continue, facies

typhique, langue rôtie, diarrhée; mais il n'y a ni taches rosées, ni réaction agglutinante.

La septicémie secondaire évolue en deux, trois, cinq semaines et même plus lentement. Elle se complique de lésions du côté du coeur, du poumon, des séreuses, du système nerveux, etc. Ce sont des complications viscérales communes aux formes généralisées que je décrirai à l'article pyohémie.

La septicémie secondaire se termine soit par la mort, soit par la guérison avec ou sans complication. Son évolution est souvent marquée par des rémissions ou des élévations thermiques plus ou moins longues. La convalescence est souvent très lente.

C. *SEPTICEMIE GAZEUSE.*—Cette septicémie est excessivement rare. Elle est toujours fatale. Edgar désigne la septicémie gazeuse sous le nom de septicémie saprémique. Elle est la conséquence d'une infection locale putride, emphysème utérin, physométrie, gangrène utérine.

Les saprophytes qui attaquent les tissus après la mort, ou les tissus gangrenés pendant la vie, produisent des gaz qui sont ou non fétides. Le bacillus aerogenes capsulatus, et le bacillus phlegmones emphysematosæ peuvent attaquer les tissus vivants et engendrer des gaz. Le colibacille peut produire le même phénomène. Dans un certain nombre de cas de septicémie gazeuse, il n'est pas toujours facile de savoir si les gaz ont été produits avant ou après la mort. Cependant il est admis et prouvé que dans certains cas les gaz se sont formés *ante mortem.* Dans ces cas l'examen histologique du foie révèle des signes de réaction cellulaire, des petites hé-

morragies résultant de la dislocation des lobules par les gaz.

La septicémie gazeuse débute du deuxième au quatrième jour, par une élévation de la température qui s'accentuera les jours suivants. Le pouls devient rapide et petit. L'état général est rapidement et profondément touché.

Le pronostic est le même que celui de la septicémie aiguë.

TRAITEMENT DES SEPTICEMIES. — Le traitement actuel de la septicémie primitive aiguë donne peu d'espoir et peu de succès. Le traitement prophylactique de la septicémie gazeuse et de la septicémie secondaire consisté à combattre les infections localisées. Quand l'infection est généralisée, le traitement utérin, local, devra être tenté prudemment; mais il est souvent inutile et même dangereux. Il faut s'adresser au traitement général; il consiste à mettre l'organisme en état de se défendre, et à employer la médication antitoxique et anti-infectieuse: hydrothérapie, sérothérapie, lavage du sang, injections intra-veineuses de collargol ou d'électrargol, abcès de fixation, injection de sérum térébenthiné. On traitera les complications qui peuvent survenir.

2° *PYOHEMIE PUERPERALE ; PHLEBITE UTERINE INFECTANTE; SEPTICOPYOHEMIE; BACTERIEMIE METASTATIQUE; SEPTICEMIE SUPPUREE; INFECTION PURULENTE; SEPTICEMIE INTERMITTENTE.*—Voilà autant de noms pour désigner une septicémie, d'ordinaire chronique ou sub-aiguë caractérisée par des frissons répétés, une tem-

pérature élevée avec de profondes rémissions et des intermittences, et une tendance marquée aux métastases avec formation de pus. Cette infection évolue par poussées successives.

La pyohémie, très rare aujourd'hui, est produite ordinairement par la phlébite utérine. Quand la phlébite utérine reste à l'état d'affection localisée, isolée, l'économie n'est influencée que par les toxines secrétées par les microbes contenus dans le caillot septique; mais si les germes sont très virulents, ils se répandent dans l'organisme; de plus, le caillot se désagrège et lance dans la circulation des débris septiques qui transportent l'infection à distance. Si le thrombus se désagrège en une poussière très fine, les microbes sont lancés à l'état libre ou contenus dans les globules blancs. Ils vont traverser le filtre pulmonaire, envahir la grande circulation et produire des foyers septiques dans les différents organes.

Telle n'est pas toujours l'origine de la pyohémie qui peut exister sans que l'on constate de caillots dans les veines utérines. Les germes, surtout les streptocoques pyogènes, partis d'une plaie infectée du tractus génital, principalement de l'endomètre, sont charriés par le sang et viennent se fixer sur la paroi d'un vaisseau qu'ils irritent. Sur les points de fixation, il se forme un thrombus dans lequel les germes pullulent. Cette pullulation microbienne produit d'abord une endophlébite, puis une phlébite et enfin une périphlébite qui devient le départ d'un abcès circonvoisin. Des foyers purulents peuvent ainsi se former en des régions diverses.

SYMPTOMES.—Le début de la pyohémie est gé-

néralement tardif. Le frisson, qui en est le premier symptôme, survient d'ordinaire du huitième au dixième jour, et quelquefois plus tard. Parfois cependant la maladie débute plus hâtivement, même le troisième jour.

La phase prépyohémique est caractérisée par une infection soit de l'utérus, soit du vagin, soit du périnée, et l'on observe les symptômes propres à ces infections localisées. Ces symptômes sont fréquemment très peu marqués et même ne seront reconnus que par un observateur minútieux: ce sera par exemple, une très légère élévation de la température, ou simplement une augmentation dans le nombre des pulsations, ou même un peu de fétidité des lochies. Ces symptômes qui précèdent la pyohémie peuvent même disparaître et l'on peut croire la patiente en pleine convalescence quand un premier frisson violent annonce la complication.

Le frisson, d'une intensité extrême, peut durer une demi-heure, une heure ou même plus. Avant le frisson on observe soit un abaissement de la température léger ou considérable, soit une légère élévation thermique. Pendant le frisson, la réaction fébrile est excessive et la température monte à 40° ou 41° et même plus. Le pouls s'élève à 120, 130 et au-delà. La respiration s'accélère. Après une heure ou deux, quelquefois moins, survient un stade de sueurs abondantes, profuses au point que les draps en sont complètement mouillés, et la température, qui était montée rapidement, descend plus rapidement, plus brusquement à 38°, à la normale ou même au-dessous de 35.4°. Tout semble rentrer dans l'ordre et l'état généralement redevient relativement bon pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; toutefois le pouls reste légèrement

plus fréquent. Le ventre n'est pas ballonné. L'utérus, généralement un peu volumineux, est quelquefois douloureux sur les bords. Souvent le toucher intra-utérin montre un col perméable et quelquefois une cavité utérine contenant des débris de caduque putréfiés.

Après le premier accès la température s'élève légèrement et reste stationnaire entre 38° et 38.5°. Puis survient, après 24 ou 48 heures, un nouvel accès caractérisé comme le premier par un violent frisson, l'accélération du pouls, l'élévation de la température, et suivi d'une sueur profuse et d'un abaissement brusque de la température. Cette fois encore les symptômes paraissent s'amender rapidement.

D'autres accès surviennent, séparés par des périodes d'apyrexie; ainsi se produit une série de poussées fébriles, intenses, séparées par des périodes de rémission. Tantôt il n'y a qu'un accès tous les jours ou tous les deux jours, tantôt on en compte deux ou trois dans les vingt-quatre heures. Les accès se répètent sans périodicité. Le frisson et l'élévation de la température correspondent à des décharges toxiques ou microbiennes dans l'organisme.

Les choses ne tardent pas à se modifier. La température s'abaisse moins, tout en restant intermittente, et assez souvent la fièvre devient continue. Progressivement l'état général devient mauvais. La face devient pâle, terreuse, subictérique; la langue se sèche; les yeux s'excavent; la soif est vive; l'inappétence est absolue; les urines sont rares et albumineuses; une diarrhée fétide survient; l'amaigrissement est continue; la cachexie se prononce. La rate et le foie sont douloureux et hypertrophiés.

Les phénomènes nerveux sont variables suivant le tempérament de la malade, son état de résistance et le degré de l'infection. Ils dominent parfois la scène. Les phénomènes nerveux peuvent présenter le caractère adynamique ou ataxique. Dans le type adynamique, le délire est calme; la dépression du système nerveux est profonde; la physionomie exprime l'abattement, la stupeur. Dans le type ataxique, le délire est violent; la malade est agitée; il y a de la jactitation, de l'excitation maniaque.

En somme les symptômes de la pyohémie présentent, dans la majorité des cas, une analogie très remarquable avec ceux de la *fièvre typhoïde;* c'est un véritable aspect typhique et souvent le diagnostic ne peut être établi entre les deux maladies que par la séro-réaction.

MARCHE ET TERMINAISON. — La pyohémie a une évolution plus ou moins rapide suivant la résistance de l'organisme mais surtout suivant la virulence du microbe. La pyohémie peut être foudroyante ou présenter une marche lente, prolongée, chronique. Dans la forme foudroyante, la maladie apparaît assez tôt après l'accouchement; elle atteint son acmé rapidement et tue la patiente en quelques jours, avant même que les localisations aient eu le temps de se manifester. La forme lente est plus tardive; elle débute ordinairement vers le dixième jour, évolue lentement et dure de trois semaines à trois mois et même jusqu'à une année.

La pyohémie se termine généralement par la mort, qui surviendra plus vite quand les abcès des organes compremettront la vitalité générale, ou qu'ils s'ouvriront dans une cavité naturelle importante. Dans la forme lente, les abcès migrateurs peuvent amener la

mort par hecticité. La guérison, qui est exceptionnelle, peut s'observer à la suite de la localisation de l'infection à quelques foyers purulents. Les microbes, dans ces cas, s'enkysteraient dans le pus de ces abcès, et on ne les retrouverait plus dans le sang, ni ailleurs.

COMPLICATIONS OU MANIFESTATIONS METASTIQUES AU COURS DE LA PYOHEMIE. —Au cours de l'infection, les embolies microbiennes, lancées dans la circulation sont capables de causer des complications dans tous les points de l'organisme. Parfois une de ces complications secondaires peut prendre une importance telle qu'elle semble constituer toute la maladie. Ces complications n'appartiennent pas en propre à la pyohémie, mais elles sont plus spéciales à cette forme d'infection généralisée. Les complications se manifestent généralement, par ordre de fréquence, dans l'ordre suivant:

(a) *Articulations.* — Les articulations sont souvent prises les premières. Bien que toutes les articulations puissent être atteintes, celles qui le sont le plus souvent sont: le genou, le poignet, le coude, l'épaule, la sterno-claviculaire, la tibio-tarsienne, la symphyse sacro-iliaque. Plusieurs articulations peuvent être prises successivement ou simultanément.

Les symptômes s'annoncent de différentes manières. Dans les cas bénins, la maladie se manifeste par quelques douleurs articulaires qui disparaissent rapidement. Dans d'autres cas, l'articulation se gonfle, devient douloureuse: il se fait un épanchement séreux dans la synoviale, et après quelque temps les phénomènes disparaissent, laissant à leur suite une raideur plus ou moins marquée. Dans des cas plus graves, heureu-

sement très rares aujourd'hui, les articulations suppurent. L'articulation devient d'abord le siège d'un gonflement douloureux: puis il se fait à l'intérieur un épanchement qui devient rapidement purulent. La peau rougit, devient luisante, et le pus se fait jour au dehors si l'on n'intervient pas.

(b) *Appareil circulatoire.* — Les lésions du côté de l'appareil circulaire sont fréquentes et souvent très marquées. Les veines superficielles et profondes des membres ou des viscères, les artères et les capillaires peuvent être lésés. La symptomatologie est variable suivant la situation des vaisseaux. La phlébite de la veine cave présente trois degrés d'après Lombardi: dans l'oblitération du tiers inférieur, il y a œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale; dans l'oblitération du tiers moyen, aux symptômes précédents, s'ajoutent des symptômes rénaux très marqués : douleurs lombaires, albumine et diminution des urines: dans l'oblitération du tiers supérieur, on trouvera, en plus, des signes hépatiques: douleurs, ictère.

Les lésions cardiaques portent sur l'endocarde, le myocarde et exceptionnellement sur le péricarde.

L'endocardite est fréquente. Elle s'observe surtout chez les femmes qui ont été antérieurement atteintes d'endocardite. Elle s'annonce par une exagération de la température qui peut atteindre 41°. Le pouls s'élève à 120 ou 130. Il survient de la dyspnée et de la douleur précordiale. Les souffles organiques sont remarquables par leur mobilité à cause de la rapidité avec laquelle se développent les végétations ou les ulcérations endocarditiques. Les végétations peuvent atteindre un volume considérable. L'état général devient

de plus en plus mauvais; l'aspect est typhique; la mort survient bientôt. Elle est souvent due à une embolie partie des végétations de l'endocarde. Parfois l'endocardite passe inaperçue par suite de la gravité des autres sympôtmes. Le diagnostic rétrospectif en est fait à l'autopsie.

La *myocardite* est fréquente quand l'infection est profonde et prolongée. Elle complique souvent l'endocardite. On la reconnait aux modifications du pouls qui devient faible et irrégulier. Elle est souvent une cause de mort subite pendant la convalescence.

La *péricardite,* rarement observée et surtout rarement reconnue pendant la vie, peut accompagner la péritonite et la pleurésie.

(c) *Appareil respiratoire.* — Les embolies pulmonaires sont fréquentes étant donnés les rapports du système veineux avec la circulation pulmonaire. Les lésions du poumon et les symptômes qui en résultent sont variables suivant le volume des embolies qui les produisent.

Quand l'embolie est volumineuse, elle obture les troncs de l'artère pulmonaire, et la mort survient en quelques secondes: il y a orthopnée, cyanose périphérique, disparition du pouls et mort subite. L'embolie est-elle moins volumineuse? elle n'obture qu'une branche de l'artère pulmonaire et la mort, quoique certaine est moins rapide: la femme est prise brusquement d'un accès de dyspnée très violent, elle étouffe, elle a soif d'air; sa face se cyanose; son pouls s'agite, devient irrégulier, et la mort par asphyxie survient, mais moins rapidement que dans le premier cas (une demi-heure à une heure).

Quand il s'agit d'embolies très fines, microscopiques, qui pénètrent dans la circulation pulmonaire, s'arrêtent dans les petites artères terminales et produisent des infarctus septiques, le tableau clinique en est caractéristique. Il survient souvent un frisson; la température s'élève, une douleur vague apparaît dans l'épaule; puis la malade ressent un point de côté parfois assez violent pour empêcher tout mouvement respiratoire profond. Il existe de la dyspnée et souvent de la toux. Les crachats sont d'abord striés de sang, puis franchement sanglants. L'auscultation décèle à l'inspiration des râles sous-crépitants fins et un léger souffle, qui sont *très mobiles* et se déplacent facilement du jour au lendemain, mais qui ont cependant une tendance à se localiser à la base. La percussion donne un peu de matité.

Les infarctus peuvent se résorber complètement, passer à l'état fibreux ou aboutir à la suppuration et donner naissance à une broncho-pneumonie ou à un abcès du poumon, qui s'ouvrira soit dans la plèvre en formant un pyopneumothorax, soit vers les bronches par vomique.

Les pleurésies, que White appelait les *pleurésies laiteuses,* rares aujourd'hui, peuvent être primitives ou secondaires. Elles sont généralement secondaires à des embolies pulmonaires sous-pleurales ou à une péritonite. Elles ont une marche insidieuse et passent souvent inaperçues, si l'on n'a pas soin d'ausculter fréquemment les malades. L'épanchement se forme avec une grande rapidité; il peut être séro-fibrineux, séro-purulent ou purulent, parfois gangreneux. Le pronostic des pleurésies infectieuses est très grave.

(d) *Appareil digestif.*—Les troubles de l'appareil digestif sont ceux de toutes les infections: inappétence, parfois vomissements, modification du côté de la langue, etc. Certaines infectées conservent leur appétit. Il existe fréquemment une diarrhée abondante, fétide, probablement due à des embolies colibacillaires dans la muqueuse intestinale. Il y a souvent incontinence de matières dans les cas graves.

Parotides.—Des parotidites, généralement bilatérales, se rencontrent dans les formes graves. Le gonflement est très rapide. Cette complication se termine d'ordinaire par suppuration.

Le *foie* est très souvent altéré. Il est souvent gros et douloureux au palper. Il existe du subictère et souvent de l'ictère franc. A l'autopsie, on peut rencontrer de petits abcès miliaires ou de véritables foyers purulents dans le foie. Dans certains cas, le foie est frappé d'atrophie jaune aiguë.

La *rate est grosse, douloureuse.* On y trouve parfois des abcès.

(e) *Appareil urinaire.*—La cystite puerpérale est une affection assez commune. Elle reconnaît comme cause prédisposante la compression exercée sur la vessie pendant l'accouchement, et la rétention d'urine pendant les suites de couches. Le cathétérisme en est la cause la plus commune. Les manoeuvres maladroites de l'accoucheur ou la gangrène de la paroi vésico-vaginale peuvent la produire par suite de la perforation. Mais la pyohémie en est rarement l'origine.

Les *néphrites* et les *pyélo-néphrites* qu'on observe dans les suites de couches reconnaissent deux mécanismes de production. L'infection peut être d'origine as-

cendante ou d'origine sanguine. Dans le premier cas, les germes partis de la vessie remontent à travers l'uretère jusqu'au rein, et ils produisent la pyélo-néphrite. Souvent cette pyélo-néphrite des suites de couches n'est qu'une nouvelle poussée d'une pyélo-néphrite gravidique. Dans le second cas, lorsque l'infection est d'origine sanguine, les germes sont transportés dans les vaisseaux sanguins du rein. Dans ces cas il s'agit d'embolies septiques soit microscopiques, soit volumineuses. Les embolies, microscopiques ou microbiennes, les plus fréquentes, s'arrêtent dans les capillaires du rein et y sont le point d'origine d'abcès miliaires. Les embolies volumineuses proviennent des débris d'endocardite végétante; elles sont la cause de l'obstruction d'une ou de plusieurs branches de l'artère rénale, et elles produisent l'anurie.

Les toxines, peut-être plus souvent que les microorganismes, produisent une action néfaste sur les éléments nobles du rein.

La néphrite infectieuse s'observe généralement dans la première semaine qui suit l'apparition de la fièvre; mais elle peut se montrer beaucoup plus tard, jusqu'à six semaines après la délivrance. Elle peut persister longtemps et même passer à l'état chronique. La néphrite se traduit par une albuminurie plus ou moins intense suivant la gravité de la maladie.

Dans les infections généralisées on peut observer des phlegmons périnéphrétiques tardifs.

(f) *Peau et tissu cellulaire sous-cutané.*—Les manifestations cutanées au cours des infections, fréquentes autrefois, sont assez rares aujourd'hui. Elles sont constituées, le plus souvent par des érythèmes infectieux et

non toxiques ou médicamenteux. Les érythèmes infectieux peuvent présenter plusieurs variétés cliniques dont la plus fréquente revêt l'aspect de la scarlatine: aussi Guéniot l'a-t-il appelé scarlatinoïde puerpérale: elle présente tous les caractères de l'érythème de la scarlatine, mais ne s'accompagne pas d'angine.

L'érythème scarlatiniforme apparaît du 3e au 6e jour, sous forme de larges plaques rouges parsemées de petits points plus foncés au niveau du tronc, de l'abdomen et des cuisses. Cet érythème, plus marqué dans la zone péri-génitale, se généralise très vite. Il est fugace et récidive fréquemment. Il est rarement suivi de desquamation.

La ***roséole rubéolique*** est une variété plus rare de l'érythème infectieux. Elle ressemble beaucoup à l'éruption de la rougeole. Elle est constituée par de petites taches irrégulières, quelquefois confluentes. Ces taches respectent généralement la face.

L'érythème peut être *polymorphe*, et l'on verra évoluer, en même temps, chez la même malade, des papules, des vésicules et des bulles plus ou moins volumineuses. On peut observer aussi des *sudamina* quand la température est restée longtemps élevée, et dans les cas graves il peut apparaître du *purpura* surtout aux membres inférieurs.

L'*érysipèle,* ayant son point de départ au niveau des plaies vulvo-vaginales, peut envahir toutes les régions avoisinantes. J'ai vu un érysipèle, parti de la vulve, s'étendre rapidement aux fesses, à l'abdomen, monter au thorax et en faire le tour; il récidiva deux fois en peu de temps.

La *gangrène* peut s'observer au niveau des organes

génitaux externes, au sacrum, aux fesses, aux grands trochanters, aux membres inférieurs.

Dans tous les points du corps, surtout les plus exposés aux frottements et aux traumatismes ,l'on peut voir se développer des *abcès* qui atteignent, presque sans douleur, un développement considérable. Ces foyers purulents sont plus fréquents à la fesse, aux bras, aux membres inférieurs, aux seins, etc. *Leur point de départ est souvent les piqûres pour l'injection hypodermique de médicaments.*

(g) *Système musculaire.*—Les complications musculaires, plutôt rares aujourd'hui, sont la psoïte consécutive aux phlegmons péri-utérins, et la polymyosite. Cette dernière est grave quand elle intéresse les muscles de la déglutition et de la respiration (inanition ou asphyxie). On peut aussi observer des dégénérescences des muscles secondaires à la phlegmatia ou aux lésions nerveuses.

(h) *Système nerveux; organes des sens.* — Dans l'infection puerpérale, le cerveau peut devenir malade par suite, soit d'une embolie partie d'une végétation d'endocardite, soit d'embolies septiques. Dans le premier cas, l'embolie, qui se loge généralement dans la sylvienne gauche, détermine une hémiplégie droite plus ou moins complète avec aphasie. Parfois il n'existera que de l'aphasie ou de la monoplégie brachiale. D'après Carre, l'aphasie peut reparaître à l'occasion d'un accouchement ultérieur. L'embolie septique détermine des méningites, des thromboses des sinus, ou des abcès du cerveau. Dans ces cas, la température est très élevée, le pouls rapide et incomptable, le délire violent. De petites attaques convulsives apparaissent bientôt,

puis le coma et la mort. Dans certains cas, la méningite revêt tous les caractères symptomatiques de la méningite cérébro-spinale, même le signe de Kernig.

La localisation des microbes dans la moelle et ses enveloppes peut être l'origine d'une paraplégie. Le plus souvent la paraplégie est due aux lésions des nerfs du plexus sacré, lésions consécutives à la propagation d'un foyer inflammatoire péri-utérin.

Les *nerfs périphériques* sont exceptionnellement le siège de *névrites infectieuses* qui peuvent être soit généralisées, soit localisées. Dans la forme généralisée, la moins fréquente, les douleurs occupent successivement différents points du corps, sauf la face; puis les troubles moteurs surviennent, se généralisent et rendent la malade impotente. Les reflexes sont abolis ou diminués; l'atrophie musculaire est plus ou moins prononcée, et parfois des troubles intellectuels (psychose polynévritique) compliquent ces symptômes.

Dans la forme localisée, la plus fréquente, on peut observer deux types: le type supérieur et le type inférieur. Dans le type supérieur, c'est le territoire du médian et du cubital qui est atteint; le type inférieur frappe le sciatique ou l'une de ses branches, généralement le poplité externe. L'affection est le plus souvent unilatérale. Les symptômes dans les deux types sont les mêmes; douleur sur le trajet du nerf et parésie des muscles correspondants, diminution de la sensibilité au contact et à la chaleur, abolition des réflexes. Il y a souvent réaction de dégénérescence; l'atrophie musculaire est de règle. L'évolution des névrites infectieuses est lente et la guérison est tardive (quelques mois à deux ans).

(i) *Organes des sens.—Oeil.* — Les complications du côté des yeux sont très rares. On peut y observer des abcès métastatiques, ayant pour symptômes de la douleur, du gonflement, de la céphalée et de la suppuration qui amène rapidement la fonte de l'oeil. Cette *panophtalmie* est plus souvent localisée à l'oeil gauche et ne se rencontre que dans les formes graves de l'infection. La mort s'observe trois fois sur quatre.

L'embolie de l'artère centrale de la rétine produit un amaurose subite. L'*iritis* et l'*irido-choroïdite* s'observent plutôt dans les formes bénignes de l'infection.

Oreille.—Les complicatoins du côté de l'oreille sont également rares. On peut observer cependant des *otites moyennes suppurées et des thromboses du sinus latéral* se compliquant de mastoïdites.

(j) *Troubles psychiques.*—Dans l'infection puerpérale grave, on peut rencontrer des troubles délirants, communs à toutes les maladies fébriles et affectant soit la forme ataxique, soit la forme adynamique; mais, en dehors de ces troubles, on peut observer des psychoses spéciales, de véritables cas de vésanie décrite autrefois sous le nom de manie puerpérale.

Marcé classait ces troubles cérébraux sous deux formes: la forme maniaque et la forme mélancolique. Picqué les divise, lui aussi, en deux groupes: *la forme délirante ou confusion mentale hallucinatoire et les psychoses tardives, apyrétiques.*

Disons tout d'abord que, quelles que soient la pathogénie et la forme de ces troubles, on les rencontre particulièrement chez les femmes qui ont des antécédents fortement chargés au point de vue névropathique.

La forme délirante est très précoce. Le délire est

violent et s'accompagne d'hallucinations terrifiantes. La malade s'agite continuellement, crie, chante, profère des paroles sans suite. On peut à peine la maintenir dans son lit. La température se maintient entre 40° et 41°. Parfois le délire se systématise et l'on voit se manifester des idées de persécution ou de grandeur. Au bout d'un certain temps, la femme tombe dans un état de prostration extrême, de stupeur profonde, entrecoupée par moment d'accès de fureur susceptibles de devenir dangereux pour l'entourage.

Le pronostic de cette forme de délire est grave. La mort, dans presque tous les cas, survient en quelques jours.

Les psychoses tardives apyrétiques apparaissent de quinze jours à trois semaines après l'accouchement. Elles évoluent sans fièvre, revêtent habituellement la forme mélancolique et peuvent persister pendant des mois et même passer à l'état chronique ou récidiver lors des accouchements ultérieurs.

PRONOSTIC DE LA PYOHEMIE.—On a vu, par la marche et les complications de la pyohémie, toute la gravité de la maladie; cependant le pronostic est un peu moins sombre que celui de la septicémie et de la péritonite.

TRAITEMENT.—Le traitement de la pyohémie est à peu près le même que celui de la septicémie, c'est-à-dire qu'il faut s'adresser presque exclusivement au traitement général. Le traitement utérin, local n'est utile que dans les cas où il reste sûrement des débris organiques dans l'utérus; même alors, la curette doit être maniée avec une prudence extrême. Le traite-

ment général consiste à mettre la femme dans les meilleures conditions possibles pour lutter contre l'infection; il doit de plus être dirigé contre la toxi-infection (voir plus haut traitement de la septicémie, ou plus loin: traitement de l'infection en général).

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC DES INFECTIONS PUERPERALES

ARTICLE I.

NOTIONS GENERALES.

En présence d'une élévation de température, si légère soit-elle ou d'une accélération marquée du pouls dans les suites de couches, il faut toujours avoir présent à l'esprit cet axiome: ***il y a infection sûrement, si l'on ne peut trouver aucune autre cause pour expliquer cette élévation de température ou cette rapidité du pouls.*** Il faut donc pratiquer un examen méthodique, systématique, non seulement pour établir le diagnostic d'une infection puerpérale ou d'une autre affection, mais même pour dépister le début de l'infection, afin d'instituer un traitement rapide et opportun.

D'une part, c'est non-seulement inutile, irrationnel, d'instituer un traitement local, de pratiquer certaines manœuvres sur un utérus normal, c'est même dangereux: car on ne touche pas impunément cet organe dont la surface interne n'est qu'une vaste plaie

toute prête à devenir un bon milieu de culture, une étuve pour la pullulation des germes, et dont la masse totale ou le corps tout entier, qu'on peut comparer facilement à une éponge à cause de ses nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques, est tout prêt aussi à absorber rapidement ces germes. D'autre part, traiter, pour toute autre chose, pour une toute autre maladie, comme on a malheureusement trop de tendance à le faire, une infection puerpérale ignorée, méconnue soit volontairement soit pas insuffisance de recherches ou d'examen, soit par crainte du *qu'en dira-t-on*, c'est courir au-devant d'un désastre irréparable. On ne tâtonne pas, on n'hésite pas en présence d'une infection puerpérale; on ne fait pas semblant de l'ignorer dans l'espérance qu'elle guérira seule et sans tapage, ignorée au moins de l'entourage; il faut avoir le courage de la reconnaître et surtout de la traiter.

Pourquoi tant de femmes meurent-elles d'infection puerpérale? Bien souvent parce que le médecin n'a pas voulu reconnaître l'infection, même quand elle était manifeste dans ses symptômes; bien souvent parce que le médecin, pris de fausse honte ou de crainte d'être accusé de négligence, de faute grossière, ne l'a ni avouée aux intéressés, ni voulu se l'avouer à lui-même. Reconnue à temps, prise à temps et combattue rapidement, elle avorte dans son ébauche; mais ignorée, méconnue ou traitée mollement, indifféremment, elle se développe, grandit, se généralise et devient sérieuse, grave, mortelle.

Ce n'est pas tout de diagnostiquer une infection puerpérale, il faut encore en établir la localisation. Il ne faut pas prendre trop au sérieux cette affirmation

presque unanime des auteurs: *la forme la plus commune de l'infection puerpérale, c'est l'endométrite;* il ne faut pas croire qu'il faille de suite envahir l'utérus lorsqu'on se trouve en présence d'une infection puerpérale. Peut-être, mes élèves se rappellent-ils que, dans mes cours et mes cliniques, j'ai souvent insisté dans le but de corriger la fausse impression sous laquelle la très grande majorité des accoucheurs nous ont laissés malheureusement. J'ai souvent répété: *on nous dit que la forme la plus commune de l'infection puerpérale, c'est l'endométrite; eh bien! moi je vous dis que ce n'est pas l'endométrite, mais la vaginite. En tout cas, avant de traiter, assurez-vous de la localisation ou du point de départ de l'infection; vous ne ferez pas fausse route, et vous n'aurez pas propagé à l'utérus une infection qui n'avait comme siège qu'un vagin éraillé, déchiré.*

Les suites de couches doivent être *absolument afébriles.* La température moyenne prise dans la bouche, doit osciller entre 36.8° et 37.2°, en présentant son élévation de 2 à 5 dixièmes de degré vers le soir. La température doit être prise avec le thermomètre *au moins* deux fois par jour, à 8 heures le matin et à 5 heures l'après-midi. On ne doit jamais se contenter de la main pour constater l'état de la température. Ce dernier procédé est infidèle et trompeur, et laisse passer inaperçues des ascensions légères de 38° à 38.5°; ascensions qui ont une signification précieuse pour qui connaît la marche des suites de couches, le début et l'évolution des différentes variétés de l'infection puerpérale; ascensions qui peuvent modifier la ligne de conduite immédiate du médecin et lui permettre de porter de bonne heure un pronostic à longue portée.

Rappelons une chose sur laquelle j'ai insisté maintes et maintes fois dans mes cours et mes cliniques, chose que j'ai prouvée tant de fois au-delà de tout doute: *il n'y a pas de fièvre de lait;* la fièvre de lait n'existe que pour les médecins qui ne veulent pas chercher ou reconnaître la cause de l'élévation de température. Cette *prétendue* fièvre de lait s'explique *toujours, oui toujours,* autrement que par la montée du lait. Cependant la température des douze premières heures, qui suivent la délivrance, est influencée par le travail et la durée de ce dernier, sa marche plus ou moins normale, la quantité de sang écoulé, le moment de la journée ou de la nuit. "L'élévation de la température, pendant les douze premières heures des suites de couches, est surtout évidente quand elle coïncide avec celle qui se produit chaque jour vers le soir, de quatre à huit heures par exemple (Tarnier et Budin)." Cette fièvre de travail, qu'elle soit causée par la fatigue, par un peu d'infection amniotique ou par suite de la résorption d'éléments thermogènes (sans infection) ne dure pas plus de douze heures. Puis la température retombe audessous de la normale, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas dépasser 37° degrés, même le soir. Ribemont Dessaignes et Lepage résument parfaitement l'enseignement de tous les bons accoucheurs en disant: "Ce n'est que vers le cinquième ou le sixième jour que la température remonte à la normale 37.2°. Il est rare que chez une accouchée bien portante la température atteigne ou dépasse 37.5°, de telle sorte qu'à moins de cas exceptionnel, c'est-à-dire de femme chez laquelle la température axillaire est normalement supérieure à 37.2°, il faudra considérer *comme l'indice d'une complication légère, ou*

même comme le début d'une infection pouvant devenir sérieuse, toute température dépassant 37.2°."

Tous les accoucheurs nous le répètent, Tarnier et Budin entre autres: *"Dès que le thermomètre sera au dessus de la normale* (37.2°) *on devra immédiatement penser à la possibilité d'une infection puerpérale."* Voilà pour l'élévation de la température, si minime soit-elle. Est-ce bien compris?

Le pouls doit se ralentir après la délivrance et pendant les cinq ou six premiers jours des couches. Dans les cas d'hémorragie abondante, le pouls sera rapide (110, 120) après l'accouchement ou la délivrance, puis il baissera progressivement pour atteindre la normale vers le huitième jour. Dans ce cas la température est à la normale ou au-dessous. Hors le cas d'une hémorragie, un pouls quelque peu rapide (85-90) est lui aussi l'indice d'une infection ou d'une complication quelconque. Voilà pour le pouls.

En deux mots, dans les suites de couches, une température au-dessus de 37.2° et un pouls au-dessus de 80, sont des indices d'une infection ou d'une complication quelconque dont il faut absolument faire le diagnostic. En effet: la parturition ne met pas la femme à l'abri de l'invasion d'une pyrexie (fièvre typhoïde, grippe, etc), ne la soustrait pas aux accidents d'une maladie chronique (tuberculose pulmonaire par exemple), n'empêche pas le réveil d'une intoxication ancienne comme l'impaludisme, ou récente comme l'hydrargirisme (diarrhée, éruptions, etc).

Il ne faut pas oublier que l'infection puerpérale peut aisément se greffer sur une autre affection intercurrente à la puerpéralité, ou venir la compliquer. Le-

maladies qu'on peut assez facilement confondre avec l'infection puerpérale sont: la grippe, la fièvre typhoïde la malaria, la granulie, la pyélonéphrite, la cholécystite, l'appendicite, les inflammations articulaires, les angines, la pneumonie, la suppuration d'une tumeur abdominale, le réveil d'une suppuration ancienne paraissant guérie au niveau des annexes, la scarlatine, certaines affections cutanées, érythème, etc.

Il ne faut pas oublier non plus que toutes les maladies infectieuses peuvent, en contagionnant une nouvelle accouchée, devenir la cause d'accidents puerpéraux; le fait a été particulièrement observé pour la grippe, la pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle, l'ozène et toutes les angines. On a signalé dans les maternités, des petites épidémies d'infection puerpérale dont le point de départ avait été des angines.

C'est par l'interrogatoire, l'inspection, le palper, le toucher, l'exclusion, l'examen des lochies, du sang et des crachats qu'on dépistera certaines affections qui ont plutôt l'air d'infections ou *vice versa*.

On doit tout d'abord rechercher par anamnèse les causes probables d'infection au moment du travail: rupture prématurée des membranes, touchers multiples, interventions, délivrance incomplète. On s'enquerra soigneusement auprès de la patiente des malaises (frissons, fièvre, toux, etc), qu'elle a pu ressentir pendant les jours qui ont précédé l'accouchement ou même pendant la parturition. Localement, on examinera l'utérus et on y recherchera les signes que peuvent nous donner son volume, sa consistance, sa sensibilité, sa position; on palpera les annexes; on se renseignera sur l'état des plaies vulvo-vaginales ou cervicales, sur les ca-

ractères de la sécrétion lochiale (abondance, couleur, aspect, odeur), sur la persistance anormale de la perméabilité du col. *Cette perméabilité du col* est quelquefois le seul signe qui nous permette d'établir le diagnostic de l'infection puerpérale.

Que l'examen des organes génitaux nous donn des résultats certains, douteux ou négatifs, il faut encore passer en revue tous les autres différents organes, pour s'assurer que les organes génitaux sont seuls en cause, qu'ils ne le sont pas du tout ou qu'ils le sont avec complication du côté d'un ou de plusieurs autres organes. On examinera tout particulièrement et bien soigneusement les seins, pour y rechercher les crevasses ou la rougeur diffuse, symptôme de la lymphangite : parfois il faudra faire l'expression du sein pour y rechercher la galactophorite, etc. On portera aussi une attention particulière à l'intestin, car souvent la rétention des matières fécales s'accompagne d'élévation de température. Les affections du sein et la stercorémie sont les complications du post-partum le plus souvent confondues avec l'infection puerpérale.

ARTICLE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

A. *CONSTIPATION. — STERCOREMIE.* — La constipation est une cause d'élévation de la température pendant les suites de couches ; c'est un fait d'observation journalière dans la pratique des médecins qui n'ont pas l'habitude de prescrire les laxatifs, tous le-

jours et dès le premier jour, chez leurs accouchées. Cette élévation de température est due en partie à une irritation réflexe partant de la distension de l'intestin et des malaises qui en découlent, et en partie à une toxémie, comme l'indiquent la céphalée et les autres troubles.

Les symptômes de la constipation opiniâtre ou de la stercorémie sont : la fièvre parfois élevée (40°) et précédée de frissons violents, la céphalalgie, l'inappétence, les douleurs dans l'abdomen, surtout une douleur sur le trajet du gros intestin ; les traits sont tirés, la langue est saburrale, l'haleine est fétide, l'abdomen est distendu par des gaz ; mais l'utérus est *silencieux*, les annexes ne sont pas plus sensibles qu'à la normale, le col est fermé, les lochies sont normales ; cependant elles peuvent présenter une odeur fécale. Parfois la tension et la douleur abdominales sont telles que l'on peut croire à une péritonite. L'administration de purgatif ou de lavement produira une véritable débâcle de matières noires, fétides et très abondantes. La fièvre peut tomber immédiatement ou être marquée par une nouvelle exacerbation due à la dilution des matières fécales par le liquide introduit et à la résorption des produits intestinaux ; puis la fièvre tombera progressivement.

Il ne faut pas oublier que la stercorémie peut, secondairement, donner naissance à une véritable infection puerpérale ; alors à ces symptômes d'infection intestinale se joindront les symptômes propres à l'infection puerpérale, avec manifestation du côté de l'utérus, des annexes, du péritoine, des lochies, etc : même l'infection peut se généraliser. Une simple indigestion

peut aussi donner des troubles généraux: frissons, élévation de la température, rapidité du pouls.

B. *INFECTIONS MAMMAIRES.* — Les infections mammaires peuvent quelquefois donner le change pour une infection puerpérale de source vaginale ou utérine. Il faut donc bien examiner les seins, y rechercher les érosions, les crevasses, la lymphangite superficielle ou profonde, la galactophorite, les abcès, etc.

C. *HEMORROIDES.*—Les hémorroïdes qui sont d'une occurrence assez fréquente après l'accouchement, s'accompagnent quelquefois de malaises généraux, de nausées, avec lumbago, dysurie, épreintes, ténesme et élévation de la température. Si l'on n'y prend garde, on peut mettre facilement ces symptômes sur le compte de l'infection, d'autant plus aisément qu'après des accouchements difficiles, on peut rencontrer les mêmes symptômes locaux. Si les hémorroïdes sont externes, ou si, encore, elles sont internes et viennent s'étrangler au dehors du sphincter externe, le diagnostic en est plus facilement reconnaissable; mais si elles sont internes, on peut errer pendant quelque temps dans le diagnostic.

Pour se bien rendre compte de cette possibilité d'erreur de diagnostic on n'a qu'à lire les cliniques de Budin.

"Le surlendemain de l'accouchement, dit Budin, nous avons été frappé de l'état d'agitation dans lequel se trouvait la malade. Son facies était inquiet, souffreteux; elle se plaignait de douleurs vives qui duraient sans s'atténuer depuis la veille et avaient empêché tout sommeil... La malade a souffert autant que la veille;

l'état d'agitation et d'inquiétude persiste; elle n'a pas dormi depuis son accouchement; le pouls est fréquent; la température axillaire est de 38.7°... N'était la localisation précise de la souffrance au voisinage de l'anus, n'était aussi l'indolence des organes génitaux internes et l'absence de toute manifestation inflammatoire au niveau ou à côté de l'utérus, on pourrait songer à l'invasion d'accidents puerpéraux, tant l'affaissement de l'état général peut être marqué de par le seul fait de la douleur".

D.—*VERS INTESTINAUX.*—J'ai déjà eu l'occasion d'observer six ou sept cas d'helminthiase intestinale qui m'ont fait croire, pendant quelques jours, à de l'infection puerpérale.

Permettez-moi de vous relater le dernier en date. Un matin du mois de février, 1916, je vois, à la Maternité, une malade qui offre certains symptômes assez curieux. Elle est enceinte d'un peu plus de huit mois. Elle parait hébétée, répond difficilement à mes questions, présente des fuliginosités aux lèvres et aux dents. Ses intestins sont plus ou moins réguliers; la langue est saburrale; pas de température; pas d'albumine; pas d'œdème. Je porte le diagnostic d'intoxication gravidique. Je prescris un purgatif, la diète hydrique et la limonade de crème de tartre.

Le soir, la patiente accouche. Le lendemain l'hébétude est plus marquée: le ventre ballonné est plus ou moins sensible; il y a de la diarrhée; les fuliginosités sont très prononcées aux lèvres et aux dents; il y a de l'inappétence; les lochies sont normales; le pouls est rapide, la température élevée. Comme traitement,

je prescris la glace sur le ventre, l'ergot, les douches vaginales chaudes, fréquemment répétées, les antiseptiques de l'intestin, la diète lactée.

Les mêmes symptômes persistent pendant six ou sept jours, avec une température oscillant entre 38° et 39.5°. Les lochies sont toujours normales et l'involution utérine se fait bien; il n'y a rien d'anormal du côté des seins. Je remarque une teinte sub-ictérique à la sclérotique. Je pense alors à l'helminthiase intestinale et je prescris du calomel et de la santonine. Le soir, la malade passe neuf ascarides lombricoïdes. Le lendemain, je constate un peu d'amélioration dans les symptômes. Le surlendemain la malade passe encore deux vers. Je répète le calomel et la santonine. A la suite de l'administration de ces médicaments, la malade rejette seize autres ascarides. Les symptômes s'amendent alors; le ballonnement disparaît, ainsi que la sensibilité abdominale; la langue se nettoie; les fuliginosités disparaissent complètement; l'hébétude fait place à de la sérénité; la température et le pouls tombent à la normale et voilà notre malade guérie.

Voyons maintenant si les symptômes de la lombricose qui apparaissent durant le post-partum ne peuvent nous faire croire à une infection puerpérale ou au moins à une infection colibacillaire. Dès le début, les phénomènes gastro-intestinaux prédominent; inappétence, haleine fétide, langue saburrale, vomissements, diarrhée variable, ballonnement très marqué du ventre avec sensation de gonflement; à ces phénomènes se joignent des troubles nerveux assez accentués consistant en somnolence, abattement, pouvant aller jusqu'à l'hébétude; parfois vertiges ou même convulsions, aspect

misérable du visage. La céphalalgie, sans être très violente, se montre en général d'une façon assez nette. La fièvre est assez vive, sans cependant dépasser 40°, car ordinairement la température vespérale est comprise entre 39° et 39.5°; la température du matin est moins élevée et est comprise entre 38° et 39°. Dans l'helminthiase intestinale on peut aussi observer de l'ictère. Le tænia peut donner les mêmes symptômes que les ascarides lombricoïdes.

Ne sont-ce pas là des symptômes qui, se montrant pendant les suites de couches, peuvent facilement nous induire en erreur, surtout quand la malade n'a jamais rejeté de vers ou qu'elle n'en n'a jamais soupçonné la présence?

E. *EMOTIONS. — IRRITATION REFLEXE.* — Comment agissent les émotions et l'irritation psychique pour élever la température chez l'accouchée? Est-ce par simple stimulation nerveuse ou par perturbation dans l'équilibre des centres nerveux cérébraux qui contrôlent la température? peu m'importe: je constate le fait, c'est suffisant.

La nouvelle accouchée est d'autant plus exposée à faire de la température à la suite d'émotions qu'elle est d'un tempérament plus nerveux Dans les suites de couches, on ne doit pas oublier ni méconnaître cet état d'âme, cette irritabilité toute spéciale du caractère qui a déjà commencé à se faire sentir pendant la grossesse. Je l'ai dit souvent à ma clinique, l'accouchée est une vraie sensitive que les moindres choses blessent ou effarouchent. J'en pourrais citer des centaines d'exemples. Il m'est arrivé souvent à la Maternité, après avoir constaté une température normale chez certaines

malades avant la clinique, de reprendre la température pendant ou après la clinique, et de la trouver montée de quelques degrés. Cette jeune fille, partie précipitamment de chez elle pour venir cacher sa faute et sa honte à la Maternité, croyez-vous qu'elle ne sera pas troublée par le remords ou le souvenir de ses bons parents qui ignorent sa retraite et son forfait? Quand elle regarde le passé, pensez-vous que sa température ne monte pas? Et cette autre qui, anxieuse, inquiète, attend une lettre qui ne vient pas ou tarde à venir, ou vient lui apporter de mauvaises nouvelles, croyez-vous qu'elle repose tranquille, en paix, dans la parfaite insouciance de la femme heureuse à qui tout vient à souhait? Et cette autre, mère de famille, honnête celle-ci, mais malheureuse, qui, tout le jour dans son lit, s'inquiète à propos de son mari qui arrivera, le soir, ivre, de mauvaise humeur, croyez-vous qu'elle n'aura pas parfois une élévation de température?

Ainsi, la colère, la crainte, la peur, l'inquiétude, la surprise, la joie même, peuvent être une cause d'élévation de température; mais cette élévation de température n'est que passagère et dure le temps que dure l'émotion ou l'irritation psychique. Il faut se défier de ces élévations de température survenant après une émotion et ne pas les mettre trop rapidement sur le compte de ces impressions passagères; il faudra reprendre souvent la température et chercher s'il n'y a pas coïncidence avec une infection légère.

L'irritation physique, de même que l'irritation psychique ou morale, peut avoir un effet marqué sur la température du corps, pendant les suites de couches. Tous les accoucheurs ont certainement fait cette obser-

vation. Tous savent que les conditions ou particularités propres à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches, tendent, surtout chez la prédisposée par son tempérament nerveux, à exagérer l'excitabilité nerveuse réflexe, et, par suite, à faire monter la température et à augmenter la rapidité du pouls.

La fièvre d'origine réflexe est causée par une douleur ou un malaise de source purement physique et non infectieuse. D'après les auteurs américains, la cause la plus fréquente des troubles de la température dans cet ordre d'idée serait la surdistension des seins par la montée du lait. Certains auteurs français partagent quelque peu cette opinion. "Il n'est pas moins vrai, disent Ribemont-Dessaignes et Lesage, que chez certaines femmes la fluxion mammaire s'accompagne de céphalée, d'accélération du pouls et même exceptionnellement d'une légère élévation de température." Le mot *exceptionnel* mérite d'être souligné, parce que d'après beaucoup d'accoucheurs et d'après mon expérience, il est tout à fait exceptionnel d'observer une élévation de température par suite de tension exagérée des seins.

Il faut être très prudent en portant un diagnostic dans ce sens. Combien de fois, en effet, j'ai vu des températures plus ou moins élevées, coïncidant avec un gonflement énorme et douloureux des seins et pouvant faire croire à de la fièvre par irritation réflexe ; et dans ces cas, j'étais tout prêt, comme la plupart des médecins, à établir un diagnostic de fièvre par irritation, quand invariablement un examen attentif des parties génitales me faisait découvrir une petite plaie à la vulve, au vagin, plaie recouverte d'une couenne blanchâtre. Il faut si peu pour infecter ce vagin qui a été tiraillé,

éraillé et déchiré, et si peu pour augmenter la température : la moindre *fissure* est une porte ouverte à l'infection et à l'absorption. Et que dire de l'utérus; rappelons-nous encore ce que disent Ribemont-Dessaignes et Lepage: "il faut, en outre, signaler ces cas d'infection très légère de la muqueuse utérine, qui ne provoquent après l'accouchement qu'un léger frissonnement avec une faible élévation de la température. Cette fièvre modérée a été souvent appelée *fièvre de lait*, parce qu'elle survient au moment où la sécrétion lactée s'établit." J'ajouterai: si cette fièvre modérée a été souvent appelée *fièvre de lait autrefois*, elle est aujourd'hui trop souvent appelée *fièvre par irritation* réflexe. D'après Budin et Demelin, "il est *absolument rare* qu'il surgisse des symptômes fébriles par suite de distension des seins". En somme, il faut être sur ses gardes et rechercher minutieusement une autre raison pour expliquer l'élévation de température quand les seins sont très tendus : la chose en vaut la peine.

La douleur que la femme éprouve quand elle allaite son enfant peut élever la température dans certaines circonstances (femmes très nerveuses). La rétention d'urine chez une patiente nerveuse, ou la douleur produite par des hémorroïdes peuvent aussi produire une élévation de la température.

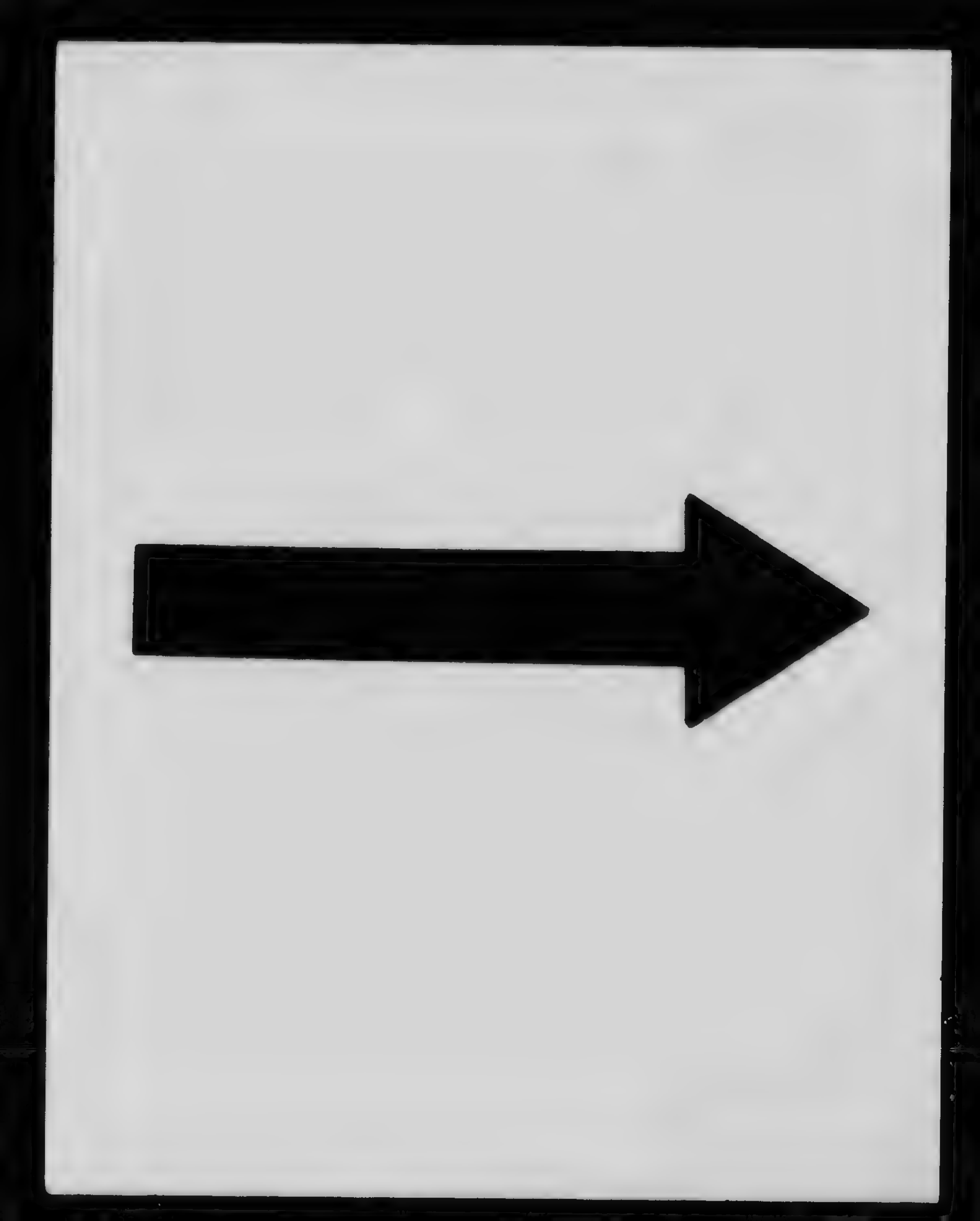
F. *LE FROID.*—D'après Hirst, on pourrait observer une réaction fébrile chez l'accouchée qui s'expose au froid. Dans son traité, il cite un cas, avec carte d'observation à l'appui, dans lequel l'élévation de la température est due à ce que la malade s'est levée, malgré une défense expresse, en costume de nuit et pieds nus, et s'est exposée au froid. J'y crois plus ou moins !

G. *EMPOISONNEMENT.*—Certains empoisonnements peuvent nous faire croire à de l'infection puerpérale grave quand, en réalité, elle n'existe pas, ou que de fait elle est légère. Je prends comme exemple l'intoxication par le mercure.

"Les symptômes de l'intoxication par le sublimé, nous dit Tarnier, sont assez variables, et se groupent quelquefois d'une façon si bizarre, qu'à un premier examen il est souvent bien difficile de soupçonner l'intoxication mercurielle. C'est que, pour la plupart, ces signes ne sont pas caractéristiques; ils se retrouvent, en effet, dans beaucoup d'états pathologiques, et ne constituent en quelque sorte que des indices capables de mettre sur la voie du diagnostic. Celui-ci est donc loin de s'imposer au début, et ordinairement on ne pense guère à un empoisonnement qui, somme toute, est rare, et sur lequel l'attention n'est pas attirée. Ce qu'il faut donc, avant tout, pour faire ce diagnostic, c'est d'y penser."

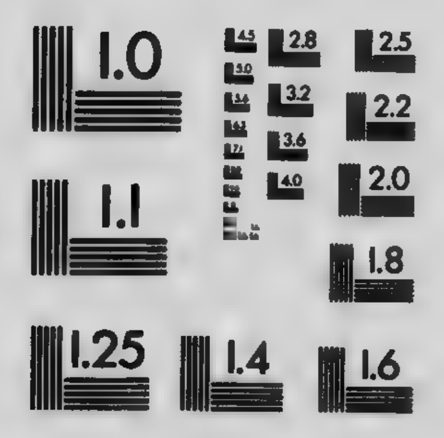
Voyons quels sont les symptômes de l'intoxication par le sublimé, et voyons s'ils n'offrent pas beaucoup d'analogie avec les symptômes de certaines variétés d'infection puerpérale. Disons tout d'abord que dans l'intoxication légère par le sublimé, il n'y a pas ordinairement de réaction générale; mais quelquefois, il y a du malaise, de la céphalalgie, de la surexcitation nerveuse, des sueurs abondantes, une *fièvre modérée* et une augmentation de *rapidité du pouls*.

La diarrhée et la gingivite ne sont pas caractéristiques d'une intoxication. On peut les rencontrer toutes deux chez une accouchée: la diarrhée dans l'infection puerpérale et dans l'infection intestinale; la gin-



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





APPLIED IMAGE Inc

1653 East Main Street
Rochester, New York 14609 USA
(716) 482 - 0300 - Phone
(716) 288 - 5989 - Fax

givite est fréquente chez la femme enceinte et elle se continue dans les suites de couches chez la femme qui n'a pas de soins de propreté de sa bouche. Ainsi dans un cas de diarrhée et de gingivite, on peut penser, si l'on a donné des injections vaginales ou utérines au sublimé, à l'intoxication par le sublimé, mais on ne peut l'affirmer. (Tarnier).

Dans l'intoxication par le sublimé ou dans l'infection puerpérale, on peut avoir des manifestations cutanées se traduisant par de l'érythème, qui offre l'apparence de la rougeole, de l'urticaire ou de la scarlatine. Ainsi au premier abord, le diagnostic, s'il n'est pas fait prudemment, peut errer aisément.

H.—*MALADIES INFECTIEUSES GENERALES.* — Pendant les suites de couches, on peut rencontrer des maladies générales aiguës, pouvant donner lieu à des causes d'erreur.

(a).—*Grippe.*—La grippe se distingue ordinairement par ses symptômes particuliers: courbature intense, phénomènes pulmonaires, coryza, céphalalgie frontale, douleurs provoquées par les mouvements des globes oculaires. On examinera soigneusement le vagin, l'utérus, les annexes, car il ne faut pas oublier que la grippe prédispose aux infections secondaires à streptocoques et à staphylocoques; elle facilite la localisation du streptocoque dans l'utérus.

(b).—Fièvre typhoïde.—La fièvre typhoïde qui débute pendant les suites de couches présente beaucoup d'analogie avec la forme typhique de la septicémie puerpérale. Le diagnostic est moins difficile à établir qu'autrefois parce qu'on a la ressource du séro-diagnostic. Malheureusement encore aujourd'hui on établit trop fré-

quemment un diagnostic de fièvre typhoïde, pendant les suites de couches, en se basant uniquement sur la marche et la persistance de la température et sur la prostration générale de la patiente. Les cas de fièvre typhoïde pendant le post-partum sont plutôt plus rares qu'on semble ordinairement le croire. Mais souvent le médecin couvrira le diagnostic de l'infection puerpérale par celui de fièvre typhoïde, pour couvrir sa propre responsabilité. Cependant l'accouchée typhique n'est pas toujours indemne de toute infection utérine, et bien souvent il faut traiter simultanément la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale.

(c) *Tuberculose aiguë, granulie.* — Dans les cas douteux, on aura recours au procédé de L. Fournier qui consiste à rechercher le bacille de Koch dans les urines après centrifugation. Ici encore la tuberculose prédispose à l'infection puerpérale.

(d) *Malaria.*—La malaria est capable de se réveiller pendant les suites de couches et nous faire croire à l'infection puerpérale. On fera le diagnostic par l'intermittence des accès, l'anamnèse et l'action des sels de quinine. On peut rechercher dans le sang le microbe spécifique de la malaria ou le microbe de l'infection. En tout cas, on doit examiner attentivement le vagin, et l'utérus et faire l'analyse bactériologique des lochies. La malaria et l'infection puerpérale peuvent fort bien se présenter simultanément ou se compliquer l'une l'autre.

(e) *Maladies éruptives.* — Dans certains cas, le diagnostic peut rester en suspens entre une scarlatine vraie et une septicémie franche s'accompagnant d'une éruption scarlatinoïde généralisée.

(f) *Pyélonéphrite.* — Quand la pyélonéphrite a déjà été constatée pendant la grossesse, il est assez facile d'éviter un faux diagnostic à une rechute pendant le post-partum; mais quand elle a passé inaperçue pendant la grossesse ou qu'elle est à la phase pré-suppurative, le diagnostic peut errer assez facilement quand l'accès se montre quelques jours après l'accouchement, ce qui n'est pas rare. Dans la pyélonéphrite, la température peut s'élever brusquement après un violent frisson, et les accidents infectieux prennent un type rémittent, essentiellement irrégulier. Dans la pyélonéphrite, il est rare que l'état général soit inquiétant comme dans l'infection puerpérale, ce qui est en contraste manifeste avec la température. Mais il faut pour ainsi dire rechercher la pyélonéphrite, y penser. Les urines généralement claires, transparentes pendant la phase pré-suppurative, ne nous disent rien de caractéristique, si l'on n'en fait pas l'examen microscopique qui mettra en évidence la *bactériurie.* Ce n'est qu'après un temps variant de quatre à dix jours qu'apparaîtra la *pyurie,* alors que le bassinet deviendra gros et douloureux.

(g) *Les péritonites* qui apparaissent dans le cours du post-partum ne sont pas toujours d'origine utérine. Elles peuvent provenir d'un appendicite, d'une perforation de l'intestin.

HYPOTHERMIE.—Jusqu'ici j'ai parlé de l'hyperthermie qui peut accompagner les suites de couches et je n'ai rien dit de l'hypothermie qu'on peut rencontrer dans des cas mortels. L'hyperthermie et la fièvre n'accompagnent pas nécessairement l'empoisonnement du sang et les infections de la morbidité puerpérale. On peut au contraire constater de l'hypother-

mie ou une température normale dans des affections graves de l'économie. D'après Lenhartz, l'hypothermie se rencontre dans trois conditions: 1° dans le collapsus grave ou l'adynamie qui complique la perforation de l'utérus ou de l'intestin, (comme accident d'une délivrance par le forceps). Lenhartz rapporte le cas typique d'une femme qui vécut pendant sept jours sans élévation de température, si ce n'est une légère élévation quelques instants avant la mort. 2° Il peut y avoir des périodes sous-fébriles dans des cas ordinaires d'infection, dans des circonstances diverses. Ainsi dans un cas probant d'endométrite putride et infectieuse, le nettoyage de la cavité utérine fut suivi d'une température normale, pendant quatre jours après lesquels une endométrite septique s'affirma avec un résultat fatal. 3° L'hypothermie terminale; ce phénomène se constate quelque temps avant la mort dans les cas graves de septicémie ou de pyohémie.

ARTICL[illegible] I

DIAGNOSTIC DE LA NATURE MICROBIENNE.

Le diagnostic d'infection puerpérale étant posé, il n'est pas absolument nécessaire au point de vue du traitement, d'en connaître la nature bactériologique. Rechercher la variété microbienne de l'infection n'est pas pratique pour la très grande majorité des médecins; en effet en général, on n'a pas à sa disposition un laboratoire qui facilitera cette recherche. Mais, quand on le peut, il est intéressant et même utile de faire le

diagnostic bactériologique de la variété de l'infection puerpérale.

Cette connaissance de la variété de l'infection peut se faire de trois manières:

1° par l'examen bact logique des lochies;
2° par l'examen bactériologique du sang;
3° par l'allure clinique qui permet de caractériser certaines veriétés de microbes.

1° *EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES LOCHIES*

Pour faire cet examen on prélève des lochies à la vulve, à l'entrée et à la partie profonde du vagin, et dans la cavité utérine. Le diagnostic de la variété bactériologique sera ensuite établi suivant deux méthodes: (a) examen par cultures; (b) examen direct.

Les lochies sont prises à la vulve avec une oze de platine flambée ou avec une pipette stérilisée. Pour prélever celles du vagin, il faut entre-ouvrir autant que possible la vulve; quant à celles du fond du vagin, on les recueillera après avoir introduit un spéculum dans le vagin, après désinfection de la vulve et de l'entrée du vagin. Enfin les lochies de l'utérus même, on ne les prélève que dans certaines conditions. La femme étant mise en situation obstétricale, la vulve est soigneusement nettoyée à l'eau chaude et au savon et désinfectée avec une solution antiseptique; le vagin est désinfecté au moyen d'une injection antiseptique (solution de permanganate de potasse, suivie d'une injection à l'eau oxygénée pure). On introduit ensuite dans le vagin un spéculum fenêtré; on assèche le vagin avec un tampon de coton hydrophile, et on badigeonne vagin et col à la teinture d'iode. On saisit, avec de longues pinces, le

col qu'on attire aussi bas que possible dans le spéculum. Il est alors facile d'introduire jusqu'au fond de l'utérus le tube en verre ou la pipette qui y recueillera les lochies en les aspirant. On étale quelques gouttes de lochies sur des lames et on ensemence le reste. On fait des cultures dans tous les milieux connus aérobies et anaérobies (bouillon peptoné, agar, gélatine, sérum, gélose glucosée de Veillon en tube de Liborius). Les cultures seront examinées au bout de douze, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, puis après deux, trois, et cinq jours, pour quelques anaérobies à développement tardif.

Les lames sont colorées à la fuschsine de Ziehl, à la thionine, au violet de gentiane, au bleu de méthylène de Loffler.

D'après Williams, si les tubes ensemencés sont confiés à un bactériologiste compétent, celui-ci pourra, en vingt-quatre heures, déclarer si l'infection est due aux bactéries pyogéniques ou putréfactives et si l'infection est dangereuse ou relativement bénigne.

Le fait de trouver certaine variété de bactérie dans les lochies ne nous permet pas de conclure que l'infection est le résultat de ce micro-organisme particulier. Si l'on trouve tel microbe en grand nombre, en culture pure, ou prédominant sur tous les autres, on peut se hasarder de conclure qu'il est la cause de l'infection, ou au moins qu'il joue le rôle le plus important; en plus, si on trouve le même micro-organisme dans le sang, le diagnostic devient positif. Il est assez rare que l'on constate la présence d'un seul germe dans les lochies utérines (streptocoque, bacterium coli ou gonocoque); habituellement on y rencontre plusieurs espèces micro-

biennes : aussi la multitude des germes trouvés diminue singulièrement la valeur diagnostique de l'examen lochial.

D'après Sittman, Lenhartz, Schottmuller, Fabre, il est un moyen bien simple de savoir rapidement et sûrement si une accouchée fait de l'infection à streptocoque avant même que les symptômes cliniques aient permis d'en faire le diagnostic. Cette méthode est celle des cultures sur plaques d'agar sanguin ; elle permet de découvrir le micro-organisme, soit dans le sang dans les cas de streptococcohémie, soit dans les lochies lorsque l'infection est localisée à la cavité utérine. Pour la recherche du streptocoque dans les lochies on procède de la façon suivante : à 10 centimètres cubes d'agar fondu dans des tubes-éprouvettes à 100° au bain-marie, puis refroidi lentement à 45-48°, on ajoute 3 centimètres cubes de sang frais avec des précautions d'asepsie rigoureuse ; on agite soigneusement, et on verse ce mélange dans une boîte de Pétri stérilisée. L'agar sanguin devient rapidement solide et adhère intimement à son récipient. A l'aide d'une oze de platine flambée, on ensemence, à la surface de cet agar, les lochies récoltées directement dans l'utérus ou dans le vagin. Les plaques sont mises à l'étuve. Au bout de 12 à 24 heures, le streptocoque, s'il existe, décèle sa présence, et l'on voit, le long du trait tracé par l'oze, les colonies microbiennes sous l'aspect *de petits points grisâtres, entourés d'une auréole ronde, transparente* (auréole de resorption de l'hémoglobine). On observe soit des auréoles isolées quand les colonies sont isolées, soit des bandes continues de résorption quand les germes sont très abondants. Les points ou les bandes se détachent

nettement sur le fond uniformément rouge du milieu de culture. La résorption de l'hémoglobine est un caractère constant et caractéristique du streptocoque pyogène ; la streptocoque *gracilis* et les autres streptocoques ne résorbent pas l'hémoglobine.

2° *EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DU SANG*

Quoique la recherche des microbes dans les lochies utérines d'une infectée nous démontre généralement la présence d'une flore variée, l'infection, du moment qu'elle se généralise, devient ordinairement monomicrobienne, par suite de la pénétration dans la circulation sanguine du microbe le plus virulent ; le plus souvent il s'agit du streptocoque. Cependant on peut trouver dans le sang d'autres microbes ou une association de streptocoque et de colibacille, de streptocoque et de staphylocoque, de staphylocoque et de colibacille, etc. Czerniewski trouve le streptocoque 9 fois sur 32 cas ; Lemierre, 5 fois sur 15. Fabre trouve le sang stérile dans les infections localisées, et de nombreuses colonies dans la septicémie ; dans la pyohémie, les colonies, rares d'abord, augmentent lorsque la mort approche ; dans la péritonite, il ne trouve le streptocoque qu'à l'approche de l'agonie. Le staphylocoque est rarement constaté dans le sang. Eisenhart et Bumm reconnaissent le colibacille 1 fois sur 95 puerpérales. Le gonocoque y est exceptionnel, de même que les anaérobies. L'examen du sang a peut-être une importance plus grande que celui des lochies, cependant il ne faudrait pas croire qu'il donne toujours la clef du diagnostic et qu'il prononce le dernier mot du pronostic. En effet, une infectée peut mourir sans que des examens du sang plusieurs fois répétés aient donné des résultats positifs pendant la vie et même à

l'autopsie. D'après Williams, et beaucoup pensent comme lui, l'examen bactériologique du sang est d'importance secondaire au point de vue du diagnostic; "cependant, dit-il, cet examen doit être fait, puisque la découverte du streptocoque nous démontre la gravité du pronostic. Tout de même cette présence du streptocoque n'indique pas nécessairement une terminaison fatale, puisque l'on observe fréquemment la guérison chez des infectées dans le sang desquelles on a constaté le streptocoque, et même souvent ces infectées paraissent légèrement malades." D'un autre côté, l'absence de streptocoque dans le sang n'implique pas nécessairement un pronostic bénin, puisqu'il existe des infections puerpérales à streptocoques si extraordinairement virulents, qu'ils tuent la femme par les toxines qu'ils déversent dans la circulation (toxinhémie), sans quitter la zone génitale.

L'examen du sang nous permet de reconnaître si l'infection est ou non généralisée, et quel est le microbe infectant.

Voici d'après Fabre comment on fait l'examen bactériologique du sang: "Avec une seringue de Luer et une aiguille préalablement stérilisées, on ponctionne la veine brachiale céphalique, dilatée par application de la bande d'Esmarch sur le bras, et on retire 5 à 6 centimètres cubes de sang. Cette prise est faite après asepsie rigoureuse de la région cutanée.

"Le sang retiré est mélangé à de l'agar qui a été fondu dans des tubes-éprouvettes à 100° au bain-marie, puis refroidi lentement à 45-48°. A chaque tube d'agar renfermant environ 10 centimètres cubes de liquide, on ajoute 2 à 3 centimètres cubes de sang avec des pi-

cautions d'asepsie rigoureuse; puis, après avoir bien mélangé les deux liquides, on les verse dans une boîte de Pétri stérilisée.

"En quelques instants, l'agar sanguin devient solide et tout le milieu de culture adhère intimement à la boîte de Pétri, qui peut alors être renversée de façon à ce que la buée qui se produit sur le couvercle n'abîme pas le milieu de culture.

"La boîte est mise à l'étuve à 37° et, après douze à dix-huit heures, on verra apparaître sur le milieu de culture, si le sang ensemencé renfermait du *streptocoque*, une série de petites colonies en nombre variable, ressemblant à de petits points grisâtres; mais ce qu'elles présentent de tout à fait caractéristique et ce qui permet de les reconnaître, même macroscopiquement, comme streptocoques, c'est une auréole ronde, transparente, qui s'est formée autour de la colonie."

On peut encore traiter le sang par la méthode des grands ensemencements en bouillon peptoné. Le sang est versé dans des ballons contenant du bouillon peptoné à raison de 5 centimètres cubes de sang pour 500 centimètres cubes de bouillon. Ces ballons mis à l'étuve, sont examinés de vingt-quatre en vingt-quatre heures.

3°. *ALLURE CLINIQUE DES FORMES MICROBIENNES.*—En principe on ne peut pas reconnaître la variété microbienne aux symptômes qu'elle produit, parce que chaque germe pathogène peut déterminer les accidents les plus variés; cependant certains microbes ont une allure clinique un peu spéciale qui permet de les caractériser dans quelques cas.

Le *streptocoque* peut produire toutes les variétés

d'infection depuis les accidents locaux les plus simples jusqu'à l'infection puerpérale généralisée, qui tue en un jour ou deux. Les plaies de la vulve ou du vagin infectées par le streptocoque se recouvrent de couennes blanchâtres assez épaisses, se reproduisant rapidement.

A l'état pur, le *streptocoque ne donne pas d'odeur aux lochies.*

Le colibacille se caractérise par la *fétidité des lochies* qui dégagent une odeur stercorale très nette. Le colibacille produit des selles diarrhéiques, noires, fétides, le ballonnement du ventre. Ce microbe se retrouve dans les urines qui deviennent abondantes et troubles.

Le Staphylocoque est l'agent des lésions annexielles, des métastases, des suppurations. Le staphylocoque se localise souvent au niveau des plaies génitales externes. On le rencontre généralement dans les infections de longue durée. Ce microbe ne donne pas d'odeur aux lochies.

Le gonocoque ne donne pas de fétidité aux lochies, mais il leur communique une *odeur spéciale* qu'il est presque toujours facile de reconnaître. Sous son influence, les lochies deviennent très abondantes, purulentes, de couleur blanc verdâtre; elles persistent très longtemps. Le gonocoque est l'agent des lésions annexielles; l'infection est le plus souvent latente et tardive.

Les anaérobies altèrent fortement les lochies qui deviennent brunâtres et même noirâtres, d'une abondance exagérée, d'une odeur extrêmement fétide qui incommode beaucoup les malades et se répand dans toute une pièce.

La surface des plaies infectées par les anaérobies devient grisâtre. Au périnée et au niveau des petites lèvres, il existe souvent *de l'œdème* et de *l'érythème* aux *parties génitales externes* et à la face interne des cuisses. Quelquefois il s'échappe des gaz de l'utérus, car la septicémie gazeuse est généralement d'origine anaérobique. Les signes généraux n'ont pas l'importance de ceux qui accompagnent la streptococcie.

CHAPITRE VI.

PRONOSTIC DE L'INFECTION PUERPERALE

Dans la description des différentes variétés anatomo-cliniques de l'infection puerpérale, j'ai donné le pronostic pour chacune d'elles en particulier, dans un article spécial, comme j'en avais montré les symptômes, et indiqué le traitement; maintenant je reviens encore sur le pronostic pour en donner une idée d'ensemble, en faire une revue générale.

Beaucoup d'éléments ou de circonstances peuvent faire varier le pronostic de l'infection puerpérale, qui est une maladie à formes protéennes, et dont la gravité varie essentiellement suivant la rapidité et la forme du traitement employé. Il est facile de constater la vérité de cette assertion par le fait suivant: d'après Fabre, la mortalité des femmes infectées dans un service hospitalier est de 3 p. 100, tandis que la mortalité des femmes amenées dans une Maternité, et déjà en pleine infection, est de 50 pour 100. Pourquoi cette différence énorme dans le chiffre du pourcentage? La

raison en est simple: dans une Maternité, à la moindre élévation de température, on recherche l'infection, on la reconnait, on se l'avoue, on la traite sans tâtonner, on en enraye la marche; en dehors d'une maternité, on craint de la rechercher, on l'ignore, on la méconnait, on espère, et pendant ces tergiversations, ces tâtonnements, elle suit son cours et s'aggrave.

On peut dire en règle générale que le pronostic de l'infection puerpérale est moins grave qu'autrefois, parce que les accouchements se font aujourd'hui d'une manière plus aseptique; cependant il existe encore des formes malignes.

La gravité du pronostic de l'infection dépend de la date du début, de la forme anatomo-clinique, de l'intensité des phénomènes locaux, de la manière ou de la voie d'expansion de l'infection, du degré d'invasion du sang, de l'intensité des phénomènes généraux, de la nature des germes infectieux, des éléments d'affaiblissement de l'organisme, de l'état des organes, du terrain.

La date du début a une grande importance sur le pronostic. L'infection est d'autant plus grave qu'elle apparait plus tôt. Les infections qui débutent vingt-quatre ou trente-six heures après la délivrance sont généralement des septicémies à marche rapide et à terminaison fatale; celles qui débutent après le sixième ou le huitième jour sont plutôt des infections localisées et à formes bénignes. Cependant, ce n'est pas là une loi absolue et l'on peut observer parfois des cas mortels d'infection ayant débuté après la première semaine.

La forme anatomo-clinique de l'infection est une cause de variation dans le pronostic. La vulvite et la

vaginite ne sont pas ordinairement sérieuses; elles le deviennent lorsque, ce qui est assez rare, l'infection a dépassé la barrière naturelle (barrière leucocytaire), et a envahi la circulation sanguine ou s'est fait jour vers le péritoine. La gravité de ces infections localisées tient donc uniquement à leur généralisation, et parfois à la toxicohémie. L'endométrite est plus dangereuse; cependant, quoique le streptocoque en soit la cause la plus fréquente, la plupart des cas guérissent à moins que le traitement ait été inopportun ou trop retardé. La gangrène utérine a une mortalité de 28 p. 100, l'abcès de l'utérus, 75 pour 100. La lochiométrie, cause de la fièvre d'un jour, disparait rapidement avec le traitement approprié. La paramétrite, à l'exception de la forme connue sous le nom d'érysipèle puerpéral interne, qui, en réalité, est une septicémie, a un bon pronostic. La périmétrite ou pelvi-péritonite est plus sérieuse parce qu'on ne sait pas toujours si la maladie va se limiter au bassin. La péritonite est presque toujours fatale (85 pour 100). La septicémie aiguë primitive est toujours mortelle (100 pour 100); la septicémie secondaire et la pyohémie amènent la mort dans 75 pour100 des cas. La phlegmatia alba dolens est généralement une terminaison heureuse de l'infection puerpérale; son plus grand danger est l'embolie.

L'intensité des phénomènes locaux influe beaucoup sur le pronostic; en effet la gravité de l'infection est en raison inverse de l'intensité de la réaction locale: il faut toujours craindre les infections quand l'on ne trouve rien ou peu de chose du côté des voies génitales.

L'intensité des phénomènes généraux est d'un mauvais présage. Une température qui se maintient à

40°, un pouls qui bat constamment entre 120 et 130, une prostration extrême sont les indices d'une bactériémie très grave. Le pouls indique mieux la gravité du cas que la température. Si le pouls se maintient à 100, même avec une température élevée, la malade succombe rarement; s'il monte de 120 à 140, le pronostic est douteux. Un pouls qui s'élève, quand la température s'abaisse, est un présage de mort. Dans ce cas, si l'on observe bien la carte de température, on remarque que les lignes du pouls et de la température se croisent: c'est ce qu'on appelle la *croix* ou la *croisée de la mort*. La dyspnée profonde, le facies grippé et terreux, le teint subictérique, le délire, le refroidissement des extrémités, l'albuminurie, l'incontinence des matières fécales, sont d'un fâcheux pronostic. Une complication du côté du coeur, du poumon, du foie ou du rein, augmente la gravité du pronostic.

La nature du germe infectant, sa virulence, sa quantité ou son association à un autre germe ont une influence considérable sur le pronostic. Le *streptocoque,* plus vivace, plus virulent que les autres microbes, est surtout à redouter. Il est le principal agent de l'infection généralisée. A lui seul il peut produire toutes les variétés bénignes ou graves; ces différents degrés dans la gravité de l'infection dépendent de son degré de virulence. Sa virulence est telle parfois qu'à la suite d'une très petite plaie à la vulve ou au vagin l'on voit survenir subitement une infection généralisée rapidement mortelle.

Le staphylocoque donne plutôt lieu à des formes localisées, à évolution lente. Quand il pénètre dans le sang la gravité devient au contraire exceptionnelle. Le

colibacille produit en général une infection grave en raison de son action sur le foie. *Le gonocoque* est le microbe le moins dangereux de ceux qui produisent du pus. Il cause rarement la mort (péritonite ou endocardite) ; mais il amène souvent des lésions salpingiennes très tenaces qui deviennent une cause de stérilité. Une grande partie des accidents graves attribués au gonocoque est due à d'autres germes, et en particulier au streptocoque pyogène associé. Les *infections anaérobiques* ne sont pas sérieuses en général ; elles sont d'ordinaire simplement locales. Mais lorsque les anaérobies pénètrent dans l'économie, ils peuvent produire des infections généralisées (septicémie gazeuse). Les microbes anaérobies les plus virulents sont le B. perfringens qui tue le lapin en vingt-quatre heures, le B. ramosus, le M. fœtidus.

Les infections mixtes sont généralement plus dangereuses que les autres, mais elles n'impliquent pas nécessairement et toujours un élément de gravité.

Les éléments qui affaiblissent l'organisme de la femme sont en même temps des éléments qui peuvent assombrir le pronostic. Il en est de même de certaines conditions défavorables qui se présentent pendant l'accouchement. C'est là, la question du terrain. Au nombre des premiers, on peut placer l'albuminurie, l'éclampsie, les intoxications, les infections concomitantes, la misère physiologique, les affections du coeur, du poumon, du foie, des reins, la syphilis, etc., les hémorragies répétées ou abondantes de la grossesse. Parmi les secondes, on trouve les hémorragies du travail, la rupture prématurée des membranes, la mort du fœtus, les rétentions placentaires ou membraneuses, la

délivrance artificielle, le travail long et très douloureux, les embryotomies, la symphyséotomie, l'opération césarienne, les grands traumatismes obstétricaux, etc.

Peut-on tirer un *pronostic* quelconque de *l'examen bactériologique du sang,* s'il y a présence ou absence d'éléments microbiens?

"Tout d'abord dit C. Jeannin, il importe de *se mettre à l'abri de deux causes d'erreurs*: 1°. un exament du sang ne doit jamais être pratiqué dans les *premières heures qui suivent un frisson,* car il existe alors une bactériémie transitoire, passagère, due à la décharge momentanée d'agents pathogènes dans la circulation; 2°. *lors de la période agonique,* le sang est envahi par des germes, particulièrement le colibacille, sans qu'on soit en droit d'en conclure qu'il y avait, au préalable bactériémie. Ceci dit, de deux choses l'une: on trouve ou on ne trouve pas de microbes dans le sang.

(a) *On trouve des microbes dans le sang.*—La bactériémie peut être légère, transitoire. Il faut pratiquer plusieurs examens afin de constater une bactériémie transitoire ou permanente et pouvoir porter un pronostic suivant la présence des microbes dans le sang. Si, à un second examen, le sang reste stérile, la septicémie n'est plus aussi menaçante. Mais le pronostic peut encore rester très grave. Si, à des examens successifs, le nombre des colonies diminue, le pronostic est meilleur; si, au contraire, le nombre augmente, le pronostic devient plus grave sinon fatal. En résumé, si les colonies sont nombreuses et facilement découvertes par les méthodes de culture ordinaires, et si elles sont constatées à tous les examens répétés, le pronos-

tic est plus grave que si les colonies sont peu nombreuses et constatées une seule fois dans plusieurs examens. Le streptocoque pyogène aérobie hémolytique entraîne presque toujours la mort; il en est de même du colibacille, du B. ærogenes capsulatus et du staphylocoque qui semble exceptionnellement virulent quand il envahit le sang.

(b) *On ne trouve pas de microbes dans le sang.*— Les malades guérissent généralement; cependant quelques-unes peuvent succomber à une complication (péritonite, broncho-pneumonie), sans qu'il y ait bactériémie. Un microbe (streptocoque) très virulent ne quittant pas la zone génitale, peut produire une toxinhémie mortelle. Le sang déjà infecté peut devenir stérile, même lorsque la mort est proche.

"De ces faits on peut donc tirer la conclusion que *l'examen bactériologique du sang* possède une valeur pronostique très grande, mais non absolue."

Quel pronostic peut-on tirer de *l'examen cytologique du sang?* J'emprunte l'opinion de C. Jeannin et celle de de Lee.

"D'une façon générale, dit C. Jeannin, l'infection se traduit par une hyperleucocytose polynucléaire, dont l'intensité est fonction de sa gravité.

"On peut, avec Carton, diviser les cas en trois groupes:

"(a).—*L'infection légère*, caractérisée par l'augmentation du nombre des hématies; une hyperleucocytose oscillant autour de 15,000; une polynucléose atteignant 85 pour 100 en moyenne, parfois, mais d'une façon toute momentanée, 90 pour 100; la diminution

du nombre des éosinophiles, tombant à 1 pour 100, mais ne disparaissant pas complètement.

"(b). *L'infection moyenne,* caractérisée par une hyperleucocytose variant entre 20,000 et 30,200; une polynucléose atteignant ou dépassant 90 pour 100; la disparition des éosinophiles pendant plusieurs jours; la plus grande abondance des éléments basophiles.

"(c). *L'infection grave,* caractérisée par la diminution progressive et assez rapide du nombre des hématies consécutive à l'hyperglobulie initiale; une hyperleucocytose restant supérieure à 25,000; un polynucléose s'accroissant progressivement de 90 à 95 pour cent; la disparition persistante des éosinophiles; l'absence d'éléments basophiles, mastzellen, plasmazellen.

"Enfin, il est certaines infections *très graves où il n'y a pas de polynucléose.*

"C'est dire que les éléments de *gravité du pronostic* sont: une forte hyperleucocytose (40,000), une polynucléose restant en plateau vers 90 pour 100, et la disparition complète et persistante des éosinophiles.

"*La convalescence* s'annonce par la chute définitive de la leucocytose et de la polynucléose, le relèvement du taux des hématies, l'augmentation de la mononucléose, la réapparition des éosinophiles."

J'ai donné là l'opinion de Jeannin et d'autres, voici maintenant l'opinion de Lee.

"Malheureusement, dit de Lee, les recherches laborieuses de Von Rosthorn, Arr th, Burkhard, Von Herff et d'autres sur la morphologie du sang n'ont donné aucun résultat vraiment utile en ce qui concerne le pronostic. La destruction des globules rouges du sang est la règle; la paleur de la patiente et l'ictère

qui apparait dans quelques cas d'infection en sont le résultat. Dans les toxémies ou les bactériémies graves, les globules rouges peuvent tomber à moins de 2,000,000. La poikilocytose et la polynucléose apparaissent dans les cas les plus graves. La leucocytose qui est de règle n'a aucune valeur pronostique. Il y a une leucocytose physiologique qui peut atteindre 29,000 pendant la puerpéralité. L'absence de leucocytose montre une diminution de réaction, pendant la puerpéralité, à l'attaque des bactéries; mais j'ai vu des guérisons dans des infections graves avec une leucocytose n'excédant pas 80,000. On avait espéré que le calcul différentiel produirait des données utiles. En santé, d'après Turck, la relation entre les globules blancs est la suivante: polynucléaires, 65 à 75 pour cent; les lymphocytes, 20 à 25 pour cent; les mononucléaires, 3 à 5 pour 100; les éosinophiles, 2 à 3 pour 100. D'après Arneth, l'augmentation des polynucléaires indique une réaction effective contre les envahisseurs, parce que ces leucocytes, étant plus âgés, ont un pouvoir phagocytaire plus considérable. La diminution des polynucléaires et l'augmentation des mononucléaires et des neutrophiles, avec deux ou trois noyaux, indiquent que les bactéries détruisent les premiers pendant que les organes hémopoétiques remplissent les rangs de jeunes leucocytes. Les éosinophiles disparaissent de bonne heure dans la maladie. La réapparition des éosinophiles et l'augmentation des polynucléaires peuvent être regardées comme un signe d'amélioration. A l'heure présente, on ne peut encore déterminer quelle est la portée exacte de ces données dans la pratique."

PRONOSTIC ELOIGNE DE L'INFECTION PUERPERALE.—L'infection puerpérale, même très légère, peut faire naître des craintes pour l'avenir génital de la femme. L'infection laisse souvent après elle des métrites du col et du corps, des salpingites, des ovarites, des rétroversions douloureuses, des oblitérations des trompes qui entraînent la stérilité. Les altérations de la muqueuse utérine amèneront souvent nombre de complications: avortements, hydrorrhée, placenta prævia, décollement du placenta, etc.

CHAPITRE VII.

MORBIDITE ET MORTALITE DANS LES INFECTIONS PUERPERALES

Je ne puis résister à la tentation de traduire et de transcrire ici certaines remarques de la préface du magnifique livre des *Principes et de la pratique de l'Obstétrique* par le professeur de Lee, de Chicago. Je me sens d'autant plus à l'aise pour reproduire ces remarques qu'elles viennent confirmer par des faits, l'enseignement que j'ai donné tant à ma clinique que dans mes cours théoriques. Combien de fois j'ai répété: "on ne sait pas en général faire les accouchements; on s'imagine trop souvent que l'accouchement est une fonction normale qui n'exige aucune science, aucune attention." Qui de mes élèves ne se rappelle m'avoir entendu fréquemment répéter en la parodiant, cette phrase célèbre de je ne me souviens plus quel auteur: "pour être un bon médecin, il faut être très intelligent;

pour être un habile chirurgien, il faut être plus artisan qu'intelligent; n'importe qui peut être accoucheur." J'ai commenté souvent cette idée et j'en ai fait voir toute la fausseté.

Je suis heureux de trouver dans de Lee comme l'écho de mon enseignement, et de pouvoir prouver par les paroles et les écrits d'un accoucheur célèbre ce que j'ai si souvent avancé. Les paroles de de Lee nous feront voir l'importance de bien connaître l'obstétrique et jusqu'à quel point doit s'étendre la science de l'accoucheur.

"Le processus de la reproduction, dit de Lee, est troublé par beaucoup d'influences pathologiques pendant tout le cours de son cycle, et beaucoup de changements structuraux viennent s'installer d'une manière permanente. L'étude de tous ces processus, tant normaux que pathologiques, constitue la science de l'obstétrique; l'application de ce savoir scientifique et des connaissances acquises de l'expérience intelligente au lit des patientes constitue l'art obstétrical.

"Dans le cours des études sur l'obstétrique, on s'apercevra que la fonction de la gestation affecte tous les organes de la femme, et que, parallèlement, toutes les conditions, médicales ou chirurgicales, ont une influence plus ou moins directe sur le processus qui s'opère dans l'utérus. L'enfant lui-même a sa propre physiologie et sa pathologie soit médicale, soit chirurgicale. Ainsi donc, l'obstétricien ne doit pas seulement connaître à fond sa science et son art particuliers, mais il doit être en même temps médecin, chirurgien et pædiatre. Les lignes de démarcation entre l'obstétrique, la médecine, la chirurgie et la pædiatrie sont

étroites et intimes....... L'accoucheur ne doit pas être une sage-femme s'occupant uniquement de l'accouchement; son devoir est de traiter les maladies et les accidents qui interviennent avec la fonction de reproduction."

C'est pour avoir ignoré ces principes, c'est pour les avoir oubliés, c'est parce que l'accoucheur n'a été beaucoup trop souvent qu'une simple sage-femme, que l'on a toujours eu et que l'on a encore à déplorer la perte de tant de femmes du fait de l'accouchement.

Et de Lee se pose en plus la question: "est-ce que le travail de l'accouchement chez la femme de nos jours est une fonction normale? Il devrait l'être, mais il ne l'est pas. Bien que nos statistiques soient incomplètes, qu'elles ne comprennent qu'un peu plus de la moitié des Etats-Unis et encore qu'elles n'enrégistrent pas tous les cas, on sait qu'il meurt annuellement 8,500 femmes de l'enfantement. On ne peut se faire aucune idée de la mortalité tardive résultant des lésions faites pendant l'accouchement, ou des maladies acquises pendant la grossesse ou la puerpéralité; personne, non plus, ne peut dire combien de femmes succombent du fait de l'enfantement, mais qui sont enterrées avec un certificat de décès portant un autre diagnostic. Je me sens parfaitement justifiable de dire qu'au delà de 20,000 femmes meurent annuellement, dans les Etats-Unis, des effets directs ou indirects du travail de l'accouchement.

"Le nombre des invalides à la suite de l'accouchement est inconcevable; mais nous savons qu'annuellement des centaines de mille femmes vont dans les hôpitaux demander du soulagement pour les maux résul-

tant de l'accouchement. On peut dire, à coup sûr que 50 pour 100 des femmes qui ont eu des enfants portent la marque de lésions dont elles souffriront tôt ou tard."

Ailleurs, de Lee nous donne les statistiques suivantes: "en 1909, dans la partie des Etats-Unis où l'on fait des statistiques et qui comprend seulement 55.3 pour 100 de la population totale, 7791 femmes sont mortes de l'accouchement, et de ce nombre 3,540 ont succombé à *l'infection puerpérale.* En 1910, dans une étendue un peu plus considérable, 58.3 pour 100 de la population totale, 8455 femmes sont mortes de l'accouchement, et de ce nombre 4122 sont mortes d'infection puerpérale...... En réalité ce dernier chiffre est endessous de la vérité; car il n'y a aucun doute que des femmes sont mortes d'infection et que leur mort a été attribuée à toute autre cause, soit par erreur de diagnostic, soit par dissimulation volontaire. Je ne crains pas de dire qu'au moins 8000 femmes meurent annuellement d'infection puerpérale, aux Etats-Unis. Quand on considère que la majorité des cas d'infection puerpérale guérissent, la conclusion devient inévitable que la maladie est encore, dans ces temps modernes d'asepsie et d'antisepsie, extrêmement répandue."

Dans l'American Journal of Obstetrics, 1917, vol. II, page 1016, on trouve une statistique intéressante. La voici. Pendant ces dernières années, on a attiré l'attention sur le fait que, comparativement aux autres causes de mortalité, il n'y a pas eu de diminution correspondante dans la mortalité de la grossesse ou de l'accouchement. Ainsi, les statistiques montrent que, par 100,000 de population, le taux de la mortalité par fièvre typhoïde, pendant les années de 1890

à 1913, est tombé de 46.3 à 17.9; celui de la diphtérie et du croup de 97.8 à 18.8; celui de la tuberculose de 25[illegible] à 147.6; celui de la pneumonie de 186.9 à 132.4. Ces différences dans les chiffres sont remarquables et [illegible]aisissantes si on les compare aux chiffres des maladies provenant de la grossesse et de l'accouchement. Les taux de la mortalité provenant de ces deux sources sont de 15.3 en 1891 et 15.8 en 1913.

En Anleterre, (l'Irlande et l'Ecosse non comprises), il meurt entre 3000 et 5000 femmes d'infection puerpérale par année; en Allemagne, 5000.

Les statistiques des grandes villes des Etats-Unis nous donnent le tableau de mortalité suivant:

VILLES	Taux p. 1000 Accouchements
Newark	2.2 ou 1 sur 454
Buffalo	3.2 ou 1 sur 312
Détroit	3.7 ou 1 sur 270
New-York	4.6 ou 1 sur 217
St-Louis	5.2 ou 1 sur [illegible]92
Cleveland	5.6 [illegible] 1 sur 1[illegible]
Boston	6.5 ou 1 sur 153
Baltimore	6.8 ou 1 sur 147
Philadelphie	7.0 ou 1 sur 143

Mortalité par 1000 accouchements dans certains [redacted]:

Italie, 2.4 ou 1 sur 417; Hongrie, 3.6 ou 1 sur 277; Angleterre, et pays de Galles, 3.7 ou 1 sur 270; Nouvelle-Zélande, 4.0 ou 1 sur 250; Austra[illegible]ie, 5.0 ou 1 sur 200; Irlande, 5.2 ou 1 sur 192; Suisse, 5.3 ou 1 sur 188.

Maintenant que ces chiffres nous sont connus et nous montrent une mortalité encore épouvantable, peut-

on dire qu'il y a eu une grande amélioration entre hier et aujourd'hui, entre l'ère pré-antiseptique et l'ère aseptique et antiseptique? Absolument pas. Si les chiffres semblent marquer des circonstances plus favorables, la raison en est dans l'amélioration des statistiques des Maternités où le nombre toujours grandissant des accouchements qui s'y font, atténue dans une forte mesure le taux de la mortalité générale par infection. En effet, pour les maternités, le rapport de Von Herff donne 6000 accouchements sans une seule mortalité par infection puerpérale; celui d'Ahlfeld de 8000 cas avec une seule mortalité (la patiente s'était examinée elle-même); celui de la Rotonde de Dublin, de 2060 délivrances sans mortalité par infection; celui du Dr Box[illegible] de la York Lying-in Hospital, de 8373 accouchements sans mortalité par infection; celui de la Chicago Lying-in Hospital, de 2193 cas sans mortalité aucune par infection. Dans la vieille maternité de Paris, anciennement la mortalité par infection était de 10 à 15 p. 100. En 1909, Pinard donnait une mortalité de 0.15 p. 100 sur 45,633 accouchements.

De ces chiffres l'on peut conclure qu'aujourd'hui, en ce qui regarde les hôpitaux, la discussion porte sur la question de la morbidité plutôt que sur celle de la mortalité.

"D'un autre côté, dit Williams, en clientèle privée, il est vraiment douteux que les résultats soient matériellement meilleurs aujourd'hui qu'ils l'étaient avant l'introduction des méthodes antiseptiques, pour la raison que les doctrines de l'asepsie n'ont pas encore pénétré dans tous les rangs des hommes de l'art."

"Il est très difficile, dit encore Williams, d'établir

des statistiques exactes de la fréquence de l'infection puerpérale, surtout en dehors de la pratique hospitalière. Sur ce sujet, les statistiques des différents bureaux d'hygiène des diverses villes américaines n'ont aucune valeur, attendu que la grande majorité de la mortalité due à l'infection est attribuée à la malaria, à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, ou à d'autres causes."

Du pourcentage de la mortalité peut-on déduire celui de la morbidité? A peu près, oui, si la statistique de la mortalité était juste et vraie; mais cette statistique est loin d'être exacte, parce que, comme je l'ai dit, souvent beaucoup de femmes meurent d'infection et l'on a porté un diagnostic tout autre. Mais prenons les chiffres comme ils sont et continuons. Jeannin nous dit: "le pourcentage des cas de mort par rapport au nombre des femmes infectées peut être évalué, d'une façon générale, à 10 p. 100; si, laissant de côté les cas locaux manifestement bénins, nous n'envisageons que les infections sérieuses, nous pouvons admettre, avec Latzko, qu'une femme sur trois succombe." De Lee et d'autres nous disent: "on peut affirmer sûrement que pour chaque femme qui meurt d'infection puerpérale, cinq autres souffrent de la même maladie."

CHAPITRE VIII

ETUDE GENERALE DU TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPERALE

Le traitement de l'infection puerpérale est prophylactique et curatif.

ARTICLE I

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Le traitement prophylactique joue le rôle le plus important. Il est comparativement plus facile de prévenir l'infection que de la guérir, surtout quand elle présente quelque gravité.

Déjà, dès la grossesse, les mesures hygiéniques doivent tendre à la prophylaxie de l'infection puerpérale. Tonifier la gestante, renforcir son organisme, c'est déjà la mettre en état de pouvoir mieux résister aux causes qui plus tard frapperaient facilement un organisme affaibli. Un sang riche et généreux est un des meilleurs germicides: aussi convient-il à la femme enceinte de se bien nourrir, de veiller à sa digestion parfaite, de prendre beaucoup d'air pur, d'habiter une chambre exposée à la lumière du soleil et loin des miasmes délétères de toutes sortes, d'observer les soins de la propreté, d'éviter les fatigues et les chagrins, de consulter son médecin souvent et de le mettre au courant des moindres symptômes anormaux.

De son côté, le médecin surveillera la gestante, lui évitera l'auto-intoxication, fera la mensuration du bas-

sin et le diagnostic de la présentation au temps voulu. Le devoir du médecin a un triple but: rendre la grossesse heureusement à terme, faciliter l'accouchement dans la mesure du possible et enfin conduire l'accouchement d'une façon aseptique et antiseptique parfaite pour éviter l'infection.

Pendant la grossesse, il sera souvent bon et avantageux de prescrire des toniques: fer, quinine, strychine, phosphate de chaux, cacodylate de soude, nucléarsitol, etc. Les maladies des organes génitaux, vulvite, intertrigo, vaginite, bartholonite, cervicite, etc., recevront une attention toute particulière. Dans les cas de pertes blanches abondantes ou de mauvaise nature, de vaginite, de cervicite, j'ai l'habitude de traiter la malade longtemps avant l'accouchement. Au moyen d'un spéculum fenêtré, je badigeonne le vagin et le col avec de la teinture d'iode; puis j'applique un tampon vaginal à la glycérine, que je laisse en place pendant douze heures. Je prescris en outre une injection vaginale quotidienne à l'eau oxygénée pure. La malade, étant couchée sur le dos, la tête basse, le siège élevé par un coussin de manière à ce que les reins portent bien sur le lit et la vulve regarde plutôt en haut que vers l'horizon, la malade, dis-je, s'introduit dans le vagin, au moyen d'un irrigateur, à peu près trois cuillérées à soupe d'eau oxygénée pure qu'elle retient d vingt à trente minutes. Ce traitement réussit d'ordinaire très bien et très vite.

On cherchera à guérir avant l'accouchement toutes les suppurations qui peuvent exister: otite: etc. La gestante évitera de visiter les personnes malades, surtout celles atteintes de maladie contagieuse.

Toutes ces précautions sont d'une importance capitale parce qu'elles préparent la malade à résister aux agents infectieux. Mais en fin de compte, il ne faut pas perdre de vue que l'infection puerpérale est le résultat de l'infection d'une plaie, produite au moment de l'accouchement, infection due à l'introduction de germes infectieux apportés ordinairement par le médecin, la garde et parfois la malade elle-même, au moyen des mains, des instruments ou des pièces à pansement. De là résulte l'importance capitale de l'asepsie et de l'antisepsie les plus scrupuleuses avant, pendant et après l'accouchement. *Asepsie et antisepsie parfaites*, telle est la *véritable base de la prophylaxie de l'infection puerpérale.* Aussi le médecin, qui préside au travail de l'accouchement, ne peut-il jamais trop sentir le poids de la responsabilité qu'il porte à ce moment. S'il oublie un seul instant qu'il a à accomplir une tâche excessivement délicate et pleine de dangers, il manque à son devoir, il cesse d'être médecin et devient la vulgaire sage-femme d'autrefois.

Faire un accouchement ou plutôt assister une femme en travail c'est aussi grave, aussi dangereux, aussi délicat que pratiquer une laparotomie. Avez-vous jamais constaté toute l'attention que donne le chirurgien, et toutes les précautions dont il s'entoure pour réussir : asepsie et antisepsie minutieuses pour la malade, pour lui-même, pour les gardes, pour l'entourage. Le danger est grand, l'heure est solennelle, c'est une laparotomie ; le ventre est ouvert, les précautions redoublent : puis le ventre est fermé, la plaie est close ; tout est fini, les inquiétudes ont cessé pour ainsi dire ; ça été le travail de quelques minutes, l'affaire d'un instant presque. En est-il de même pour un accouche-

ment? Hélas! non: c'est un travail préparatoire de douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, avec tous les dangers que comporte chaque instant; puis c'est le travail véritable, la grande opération, la grande plaie avec des centaines de petites lésions qui rayonnent autour ou auprès d'elle; puis la plaie reste ouverte dans un milieu défavorable et rempli de germes de toutes espèces. Et cette dernière opération (l'accouchement) se fait-elle toujours dans des circonstances propices, dans des locaux avantageux? Ainsi donc tous les avantages du succès sont du côté du chirurgien qui, tout en ouvrant deux ou trois ventres par jour, ne fera jamais une question de routine de son opération: toujours les mêmes précautions, toujours les mêmes soins. Et l'accoucheur? Son travail finit par être une simple routine: l'accouchement est un acte physiologique; aussi la morbidité et la mortalité finissent par être une question de routine.

Comprend-on maintenant l'importance de l'asepsie et de l'antisepsie comme prophylaxie de l'infection? L'accoucheur doit observer dans la mesure du possible les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, malgré les circonstances défavorables de temps, de lieu, de personnes, avant, pendant et après l'accouchement.

Permettez-moi maintenant de revenir sommairement sur les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.

Soins de propreté et désinfection de la parturiente. —Dans les *derniers quinze jours de la grossesse,* la gestante a dû prendre beaucoup de soins pour son corps: bains généraux fréquemment répétés, toilettes prolongées des organes génitaux externes à l'eau chaude et au savon, deux fois par jour.

Au moment de l'accouchement, il faut préparer la

malade comme s'il s'agissait d'une opération chirurgicale: lavement évacuant, grand bain général ou bain d'éponge suivant les circonstances, toilette soignée des organes génitaux externes après avoir ébarbé les poils du pubis, aux ciseaux ou au rasoir. Cette toilette doit se faire de la manière que j'ai déjà indiquée. Dans un bassin bien propre et flambé on met de l'eau chaude bouillie; on y jette beaucoup de petits tampons de coton aseptiques, fortement enduits de savon. Un tampon une fois sorti du bassin ne doit plus y être retrempé. Le même tampon ne repasse jamais deux fois sur la vulve. Le tampon qui a touché une partie en dehors de la vulve ne doit jamais toucher à celle-ci. Le tampon qui porte sur le sillon interfessier va d'avant en arrière ou de haut en bas et ne doit plus revenir sur les parties génitales antérieures. Après avoir ainsi bien nettoyé la vulve et ses environs à l'eau chaude et au savon, on répète les mêmes manœuvres avec une solution antiseptique au titre voulu.

Si l'on a une opération obstétricale quelconque à exécuter, il est préférable de terminer la toilette vulvaire par un badigeonnage des parties à la teinture d'iode.

Quant à la question des injections vaginales avant, pendant ou après l'accouchement, il y a encore quelque controverse; on connait suffisamment mes idées et mon enseignement pour que je n'aie pas à y revenir longuement. Contrairement à la majorité des accoucheurs je suis demeuré un chaud partisan de la méthode des injections vaginales avant l'accouchement dans certaines circonstances; pendant l'accouchement, à la Maternité, régulièrement après chaque toucher, et dans la clientèle privée dans cert[aines] circonst[an]ces; après

l'accouchement toujours et régulièrement deux fois par jour, quand j'ai à mon service une garde entraînée à la Maternité sous ma direction. L'injection vaginale bien donnée n'a aucun inconvénient, n'expose à aucun danger; elle n'offre que des avantages. Je l'ai répété souvent, toute femme qui souffre de pertes blanches de nature quelconque, pendant la grossesse, surtout dans les derniers mois, doit se donner régulièrement, au moins une fois par jour, une injection vaginale, de préférence à l'eau oxygénée pure. La femme doit se coucher pour prendre son injection. Donnée dans la position assise ou debout, l'injection n'est d'aucune utilité. Quand les pertes blanches sont abondantes ou de nature douteuse, je fais, régulièrement deux fois par semaine, un badigeonnage du vagin à la teinture d'iode. Pour les mêmes raisons, je fais donner l'injection au permanganate et à l'eau oxygénée pendant l'accouchement.

Si l'on donne des injections vaginales, il faudra toujours commencer par faire la toilette soigneuse des organes génitaux externes comme je l'ai indiqué plus haut; si l'on ne donne pas d'injection dans les suites de couches il faut, au moins trois ou quatre fois par jour, faire des toilettes externes d'une manière attentive.

Nota bene.—Une précaution absolument indispensable à prendre, quand on donne une injection vaginale, c'est d'ouvrir largement les grandes et les petites lèvres pour introduire la canule directement dans le vagin et lui éviter le contact des lèvres; de glisser, pendant l'accouchement, la canule en arrière le long du plancher périnéal dans la crainte de rompre les membranes si elles bombent, ce qui arriverait facilement si la canule était poussée tout droit; de glisser encore, après la délivrance, la canule en arrière, de peur que, en la pous-

sant tout droit, on ne l'introduise directement dans l'utérus à travers le col et l'orifice utérin béants: l'injection serait alors utérine et dangereuse, parce que la canule est à simple courant.

Soins de propreté et désinfection pendant l'accouchement. — Le médecin qui s'occupe de pratique générale, doit être très délicat et très consciencieux quand il est appelé à faire un accouchement. Autant que possible, il doit éviter de faire le pansement de plaies suppurées, de visiter des cas d'érysipèle, de scarlatine, de diphtérie, ou d'autres maladies infectieuses ou contagieuses. Après avoir vu un de ces cas, s'il est appelé pour un accouchement, avant de s'y rendre il devra prendre un bon bain, changer d'habit, avoir une attention toute particulière pour la désinfection de ses mains et de ses avant-bras, ne pratiquer d'examen interne (toucher) que dans l'absolue nécessité et même dans ce cas mettre des gants de caoutchouc bien stérilisés.

Dans tous les cas, même en dehors de ceux où le médecin a pu toucher des matières septiques, la désinfection des mains est très difficile. Il faut se bien couper les ongles; puis se laver et brosser les mains pendant au moins dix minutes dans de l'eau chaude et du savon, et les brosser ensuite dans une solution antiseptique. Si l'on a touché des matières septiques antérieurement, ce lavage des mains n'est pas suffisant, on y ajoutera le dégraissage et la désinfection de la peau par l'alcool fort et faiblement iodé ou l'éther, et l'immersion des mains dans une solution de permanganate de potasse ou de bichlorure de mercure.

Beaucoup d'accoucheurs conseillent l'usage constant des gants en caoutchouc pour tous les accouche-

ments. A la Maternité que je dirige, qui est une école de garde-malades et d'étudiants, nous nous servons très rarement de gants; cependant chaque malade presque invariablement subit un grand nombre de touchers faits par les professeurs, les gardes et les étudiants, et nous avons une mortalité nulle par infection puerpérale, et un pourcentage de morbidité que toute autre maternité peut envier.

Une grande précaution à prendre quand on fait usage de gants, c'est de se laver, brosser et désinfecter les mains tout comme si l'on devait toucher ou opérer sans gants. Est-ce toujours ainsi que l'on fait? J'ai vu des médecins ou des chirurgiens mettre des gants après s'être à peine passé les mains dans une eau plus ou moins froide; d'autres, sortir de la trousse, leurs gants qui y étaient déposés pêle-mêle avec des instruments, les mettre sans les stériliser et sans se laver les mains. Est-ce la faute de la mode qui est aux gants? Certainement non.

Soins de propreté et stérilisation des mains de la garde-malade.—Toutes les recommandations et les conseils que je viens de donner pour le médecin s'appliquent également à la garde-malade.

Tous les instruments ou toutes les pièces de pansement qui doivent toucher ou approcher le canal génital de la parturiente ou de l'accouchée doivent être soigneusement désinfectés.

Toucher.—Avant de pratiquer le toucher, on fera la toilette vulvaire, la malade étant dans la position obstétricale. *On ne doit jamais faire le toucher la femme étant dans la station debout;* le toucher dans ce cas n'est jamais aseptique, parce qu'il faut plus ou moins tâton-

ner avant de faire pénétrer les doigts dans la vulve. On ne doit pas non plus toucher la patiente en dessous de ses jupes seraient-elles d'une blancheur immaculée, ni en dessous des couvertures du lit. Ainsi donc, il y a nécessité absolue de faire coucher la patiente, de découvrir la vulve et d'écarter largement les grandes et les petites lèvres pour pratiquer un toucher aseptique; les yeux doivent venir au secours des doigts.

Autant que possible il faut limiter les examens internes.

Voilà pour ce qui regarde l'asepsie et l'antisepsie, mais il y a plus encore comme traitement prophylactique. On ne doit jamais rompre la poche des eaux, sans une indication spéciale tant que le col n'est pas complètement dilaté. La poche des eaux dilate le col sans le léser et elle prévient mécaniquement l'accès des microbes dans l'utérus. On doit éviter toutes les manœuvres pour abréger un travail qui marche normalement: pas de tentatives de dilatation manuelle du col ou du périnée, ne pas conseiller à la malade de faire efforts expulsifs avant la dilatation complète et la descente de la présentation, ne jamais administrer d'ergot, se défier aussi de la pituitrine dont l'emploi se répand d'une manière inconsidérée (elle produit hélas trop souvent des résultats déplorables, c'est de l'ergot animal), ne pas appliquer le forceps sans indication précise. On doit, dans la mesure du possible, prévenir les déchirures du vagin et du périnée, et avoir le souci de les réparer le plus vite possible. D'un autre côté on ne doit pas attendre trop longtemps, quand il y a indication de terminer l'accouchement. On ne doit pas trop se hâter de terminer la délivrance par expres-

sion ou par traction. La délivrance terminée il faut examiner soigneusement l'arrière-faix; s'il y manque des cotylédons, il faut aller les chercher après s'être désinfecté parfaitement les mains, après avoir lavé soigneusement la vulve de la malade, et après lui avoir donné une injection vaginale. Il faut bien surveiller la rétraction et la contraction de l'utérus et prévenir l'hémorragie et la rétention des caillots. La rétraction et la contraction parfaites de l'utérus après la délivrance sont une sauvegarde contre l'infection utérine. Je suis tellement imbu de cette dernière idée, que c'est devenu pour moi une question de routine d'administrer de l'ergot après la délivrance même chez les primipares, mais surtout chez les multipares. Pour moi, il existe deux précautions presque indispensables à prendre après tout accouchement long, laborieux, difficile, dystocique (rupture prématurée des membranes avec infection du liquide amniotique, version, forceps, embryotomie, délivrance artificielle), c'est: 1° d'appliquer et de tenir, en permanence pendant plusieurs jours, un sac de glace sur le ventre de la malade, et 2° d'administrer régulièrement trois fois par jour de l'ergot pendant trois ou quatre jours. Presque à coup sûr, ces deux précautions bien exécutées éviteront l'infection même la plus légère; elle préviendront beaucoup d'infections intra-utérines, et elles vaudront certainement beaucoup plus que l'usage prophylactique des sérums antistreptococciques.

Comme prophylaxie de l'infection il faut observer toutes les règles dont j'ai parlé en traitant de l'asepsie et de l'antisepsie pendant les suites de conches.

Le milieu dans lequel est pratiqué l'accouchement

a une importance considérable. Pour l'accouchement comme pour la chirurgie, l'idéal serait d'opérer dans une maternité moderne. Dans les maternités bien organisées, la mortalité, où les cas graves d'infection puerpérale sont rarement observés, tandis que, dans les demeures particulières, ces accidents ou ces malheurs sont moins que rares. Dans la pratique privée, l'accouchement se produit très souvent dans un milieu quelconque, souvent avec un manque entier de préparation, parfois dans un désordre complet, ou même dans un milieu de malpropreté. Ce milieu défavorable est un des facteurs importants de l'existence perpétuelle de l'infection puerpérale; il est, en effet, très difficile au praticien d'observer les règles de l'asepsie dans un entourage malpropre. Les maternités offrent beaucoup plus de sécurité aux accouchées; aussi, dans l'intérêt de mes patientes, ai-je l'habitude de les délivrer dans les hôpitaux plutôt que dans leurs maisons.

Cependant il ne faut pas croire que dans les maternités il n'y a aucun danger de contagion. Dans les salles publiques, s'il y a encombrement, le danger est plutôt plus grand, parce que, comme dit Fabre, "*les porteurs sains* sont des agents de propagation de l'infection et donnent lieu à des infections secondaires par l'intermédiaire du personnel chargé des soins des accouchées."

Dans les maternités, il faut une surveillance plus grande, vu le nombre de malades, vu la diversité des cas. C'est là surtout qu'il faut se rappeler qu'un grand nombre de femmes paraissant saines ne le sont pas en réalité. Sous les apparences d'une bonne santé, elles sont des sujets porteurs de microbes peut-être inoffen-

sifs pour elles-mêmes, mais dangereux pour les voisines. Ces microbes en passant successivement sur plusieurs organismes vont exalter leur virulence et devenir rapidement et éminemment dangereux.

A l'appui de ce que je viens de dire je puis rapporter l'observation suivante. Dans une maternité, il y a plusieurs années, une malade accoucha; elle fut placée dans le lit No 1 d'une salle. Cette malade d'apparence saine, fit une légère, très légère élévation de température. La malade du second lit, accouchée un jour après celle du premier lit, fut confiée à la même garde-malade. Cette seconde malade fit une température beaucoup plus élevée et développa une endométrite grave suivie d'une infection généralisee qui se termina par une phlegmatia double. Une troisième et une quatrième femme accouchèrent à quelques heures d'intervalle; elles furent placées dans les lits voisins, et confiées encore à la même garde. La troisième fit d'emblée une pyohémie avec métastases suppuratives nombreuses du côté des articulations: genoux, coudes, etc. La quatrième développa une septicémie suraiguë qui l'emporta en quelques jours.

Cette observation nous démontre à l'évidence que, dans les maternités surtout, il faut exercer une surveillance attentive; qu'il faut y pratiquer l'isolement précoce et rigoureux de toute femme infectée même légèrement, et qu'il n'est pas permis à une garde-malade traitant une infectée de donner simultanément ses soins à une autre accouchée bien portante.

On entend par isolement non seulement le fait de placer une patiente dans une chambre spéciale; cela n'est qu'une partie de l'isolement. Voici la vraie défi-

nition de l'isolement: *"Placer la patiente dans une chambre spéciale, et lui donner une garde-malade qui ne doit traiter qu'elle seule, et ne doit pas toucher aux autres malades."*

Placer une patiente dans une chambre spéciale et la faire traiter par une garde qui soigne, en même temps, d'autres malades, ce n'est pas là de l'isolement: c'est une pratique dangereuse. J'aimerais mieux laisser la patiente infectée, dans une salle commune et lui donner une garde spéciale qui ne toucherait pas aux autres patientes; ce serait certainement dangereux, mais à un degré moindre.

Dans les maternités, il existe encore d'autres sources d'infection soit pour l'enfant, soit pour la mère, sources d'infection qui peuvent être le point de départ d'épidémie d'ophtalmie purulente ou d'infections mammaires ou puerpérales. Dans les maternités où toutes espèces de personnes viennent échouer, on rencontre fréquemment des cas de gonococcie, d'ophtalmie purulente et d'abcès du sein, ou des cas variés de suppuration. Aussi faut-il exercer encore là une surveillance attentive et isoler rapidement ces cas.

Dans une maternité, un enfant souffrant d'ophtalmie purulente doit être complètement isolé, absolument éloigné des salles des accouchées. On ne doit, pour aucune considération, l'introduire dans ces salles. On exposerait ainsi, non seulement sa mère à la contamination, aux affections du sein, à l'infection puerpérale, mais, ce qui plus est, et c'est là surtout que la responsabilité devient plus grande pour les autorités de la maternité, on exposerait, dis-je, chaque patiente de la salle aux mêmes infections. Chaque patiente ainsi ex-

posée à la contamination peut en demander un compte sévère.

Non-seulement l'enfant atteint d'ophtalmie ne doit pas être apporté dans les salles des accouchées, mais on ne doit pas même le laisser dans une salle où il y a d'autres bébés, surtout quand ces derniers sont nourris au sein. Malgré toutes les meilleures précautions qu'on puisse prendre, ce bébé infecté peut être la cause de la contagion soit du côté des autres bébés, soit du côté des mères qui allaitent les nourrissons plus ou moins en contact avec lui. Un manque d'attention, un léger oubli dans la désinfection des bassins à toilette qu'on a pu changer par mégarde, une serviette, une compresse, une couverture du petit lit, qu'on a jetées par hasard sur un enfant sain, l'insuffisance de la toilette des mains de la garde-malade, tout cela peut être la cause de la contagion de l'enfant malade à l'enfant sain, ou encore la cause de la transmission de l'infection d'une mère, par l'intermédiaire de l'enfant sur lequel aura été déposé involontairement le microbe infectant.

Donc un enfant souffrant d'ophtalmie purulente doit être complètement isolé, loin des mères, loin des bébés, et soigné par une garde-malade uniquement attachée à lui. Si sa mère doit le nourrir au sein, elle doit être elle-même isolée des autres accouchées. Tout de même, on ne doit pas la mettre en contact avec son enfant pendant la période aiguë de l'ophtalmie, quand il y a suppuration abondante. Cette période passée, il faut prendre encore des précautions infinies pour protéger la mère. Ces précautions, je les indique plus loin à l'article du traitement prophylactique des infections mammaires.

De même, dans une maternité, on doit éloigner, des salles des accouchées, toute malade atteinte d'une suppuration quelconque. Cette malade doit être traitée par une garde-malade qui ne s'occupe aucunement des autres malades.

ARTICLE II

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif de l'infection puerpérale comprend: A. le traitement local; B. le traitement chirurgical; C. le traitement spécifique; D. le traitement général.

L'efficacité du traitement dépend essentiellement de la rapidité avec laquelle il aura été institué, dès que le diagnostic est établi. Cela ne veut pas dire que, en face d'une infection puerpérale manifestement établie, il faille de suite envahir l'utérus et faire d'emblée un traitement actif, dans le but de s'attaquer directement aux agents pathogènes. Non, car c'est ainsi qu'on a aggravé l'infection dans beaucoup de cas, et qu'on a fait d'une infection purement locale une infection généralisée. Fions-nous un peu plus aux forces de la nature; aidons-la au besoin, mais n'entravons pas les efforts qu'elle fait pour lutter avantageusement contre la maladie.

On a dit souvent: la forme la plus commune de l'infection puerpérale est l'endométrite; c'est là une erreur grave. Serait-ce parce que ,en clientèle privée, on se hâte trop de terminer la délivrance par traction ou par expression, et que bien souvent ces manœuvres sont

cause de rétention de cotylédons, dont on ne découvre pas l'absence à l'examen du placenta, si toutefois il est examiné après la délivrance? Je l'ai dit fréquemment la forme la plus commune de l'infection est la vulvo-vaginite ou la vaginite. Cela suppose que la délivrance a été complète. Entre les mains d'un homme compétent, il est très rare que la délivrance ne soit pas bien faite, complète; ce n'est que par exception qu'on ne peut pas découvrir l'absence d'un placenta secondaire, à cause d'une endométrite qui aurait suffisamment affecté les membranes pour faire disparaître les vaisseaux qui cheminaient au travers d'elles.

Mon traitement de l'infection puerpérale est peut-être un peu personnel; mais il doit être bon puisqu'il me réussit bien. Dès les premières élévations de la température, je cherche par tous les moyens possibles à établir mon diagnostic. Je crois à une infection puerpérale aussi longtemps que je n'ai pas trouvé une autre cause absolument certaine pour expliquer sûrement l'élévation de température. Le diagnostic d'infection est établi; la variété en est recherchée. J'agis sur l'intestin; je fais vider la vessie; j'applique une vessie de glace sur l'abdomen; je donne de l'ergot trois fois par jour; s'il y a des plaques blanchâtres dans le vagin je prescris les injections vaginales antiseptiques, si elles ne sont pas déjà données, et je les fais suivre d'une petite injection d'eau oxygénée pure; puis j'attends un, deux ou trois jours, tout en surveillant la hauteur et l'involution de l'utérus, et les plaies du vagin.

Voilà à peu près le traitement généralement employé par les accoucheurs américains. De Lee va plus loin et, à mon sens il court au-devant de certains dan-

gers. "Même, dit-il, si je suis certain que la cavité utérine contient des débris, je ne l'envahis pas. Je donne à la patiente une position inclinée pour favoriser le drainage; mais je n'ai recours ni à la curette, ni à l'écouvillon, ni aux injections, ni au tamponnement, etc. La seule indication pour ce traitement, c'est l'hémorragie....... Quand la maladie prend une forme chronique, la patiente est attentivement surveillée pour découvrir les signes de localisation de l'infection, et, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on est obligé d'intervenir chirurgicalement."

"Cette politique de non-intervention, ajoute de Lee, est le résultat de mon expérience au service du Dispensaire de la Maternité de Chic[illegible]. Pendant les sept dernières années, 15,784 femmes [illegible] couché à terme; 10 p. 100 ont eu une température au-dessus de 100° F. Une seule fois la cavité utérine a été envahie et une injection utérine donnée; dans les autres cas nous avons tenu la conduite décrite plus haut, et 7 femmes seulement sont mortes d'infection; 2 de ces 7 avaient suivi un autre traitement en d'autres mains. Dans aucun des cinq autres cas on n'a pu découvrir, par le cours de la maladie, que le résultat aurait pu être différent si le traitement avait été plus actif."

Shears a une manière originale d'attaquer ceux qui ont la manie d'opérer trop rapidement et inconsidérément. "Beaucoup d'auteurs, dit-il, conseillent de pratiquer un examen bimanuel comme mesure prophylactique, afin de déterminer la position et la condition du contenu du bassin. De fait, il n'y a pas de hâte à faire cet examen. Un tel examen, pratiqué particulièrement par quelqu'un qui se targue d'être radical,

peut être dangereux en rouvrant des plaies en voie de guérison, en déchirant des adhérences fraîchement contractées, ou en rupturant une cavité remplie de pus. Il est surtout dangereux dans les cas d'infection à gonocoques.

"Un autre conseil souvent donné spécialement par ceux dont l'entraînement a été chirurgical ou gynécologique et qui ont peu de notions de l'obstétrique, c'est de procéder rapidement à la désinfection du canal parturient. Ce conseil est basé sur deux idées fausses: la première, que le canal parturient peut être désinfecté par n'importe quel moyen à notre disposition; la seconde, que l'infection puerpérale est une entité qu'on peut laver ou effacer en grattant, ce qui est aussi erronné.

"Je conseille plutôt de ne pas toucher du tout le canal parturient, surtout l'utérus, à moins qu'il n'y ait une bonne raison d'intervenir. Je ne connais que trois exceptions à cette règle: une hémorragie grave, la rétention des lochies, et la rétention du placenta."

Je suis si bien en conformité d'idées avec Shears que je tiens à le citer davantage.

"Explorer la cavité utérine, dit encore Shears, dans chaque cas, d'après la théorie qu'il aurait pu y rester un petit fragment de placenta ou de membrane, me semble une folie dangereuse et fait plus de tort que de bien...

"Si nous n'avons aucun moyen vraiment efficace et exempt de danger pour désinfecter l'utérus, nous pouvons au moins aider la nature en provoquant de bonnes contractions utérines. Nous arrivons à ce résultat en appliquant une vessie de glace sur le bas du ventre et en administrant de l'ergot. On donne d'a-

bord une première dose d'une cuillerée à thé d'extrait fluide d'ergot, et ensuite 30 gouttes trois ou quatre fois par jour, pour obtenir une contraction de l'utérus ferme et continue. Un utérus infecté est toujours un utérus flasque. Avoir de bonnes contractions c'est la manière la plus efficace d'obtenir l'expulsion de tous les débris qui peuvent rester dans l'utérus. Les bonnes contractions empêchent aussi l'absorption des matières septiques du vagin et préviennent la transmission de l'infection à travers les lymphatiques de l'utérus. Nous avons presque tous appris que l'ergot est surtout utile comme préventif ou curatif de l'hémorragie et nous oublions qu'il peut avoir d'autres usages aussi importants."

Je devrais souligner tout ce paragraphe de Shears parce qu'il a une importance capitale dans le traitement soit curatif, soit prophylactique de l'infection puerpérale.

A. *TRAITEMENT LOCAL.* — Le traitement local a pour but d'enlever les bactéries et leurs toxines, cause de l'infection; de les priver de leurs nourritures, tels que caillots, débris de membranes, de placenta, de caduque; de détruire les bactéries, et de neutraliser leurs toxines qui peuvent encore rester dans les voies génitales après le nettoyage mécanique.

Le traitement local de la vulvite et de la vulvo-vaginite est relativement facile et l'on peut enrayer d'ordinaire assez rapidement la maladie, par les moyens que j'ai indiqués à l'article vaginite.

Le traitement de l'endométrite est plus délicat, plus dangereux, et ne donne pas toujours les succès qu'on serait en droit d'espérer.

Comme traitement local de l'endométrite nous avons à notre disposition: 1° l'injection intra-utérine; 2° la toilette de l'utérus, pansements ou tamponnements utérins; 3° l'écouvillonnage; 4° le curage; 5° le curettage: 6° l'évidement de l'utérus avec une qui n'est que vaginale.

1° *INJECTIONS INTRA-UTERINES.*—Les indications des injections utérines ne sont pas aussi communes qu'on semble le croire généralement. Qu'on mette régulièrement en pratique le mode opératoire de l'injection intra-utérine comme je l'indiquerai dans un instant, et l'on s'apercevra vite que cette injection est souvent inutile et dangereuse: inutile, parce que très souvent l'infection n'existe que dans le vagin; dangereuse, parce que l'injection, donnée comme elle l'est le plus ordinairement, transporte dans l'utérus une infection qui n'est que vaginale.

L'injection intra-utérine est indiquée dans la lochiométrie (rétention des lochies) dans un double but: redresser l'utérus et l'évacuer. Dans le cas de lochiométrie, on est parfois obligé de répéter l'injection deux ou trois fois. Elle est indiquée toutes les fois que la rétention partielle ou complète des membranes s'accompagne de fétidité des lochies et d'élévation de la température; elle l'est également quand l'oeuf est ouvert longtemps avant la terminaison de l'accouchement, surtout si le liquide qui s'écoule à ce moment est fétide.

L'injection utérine répétée peut certainement amener la disparition des accidents fébriles dans un grand nombre de cas, surtout si l'injection est donnée avec de l'eau oxygénée pure.

Beaucoup d'accoucheurs, surtout les Américains,

ont presque complètement abandonné l'usage des injections utérines, parce que, si l'utérus est vide, l'efficacité de l'injection devient plus que douteuse, les bactéries étant au-delà de leur atteinte quinze minutes après l'inoculation. De plus, les injections utérines répétées constituent de petits traumatismes. Si l'utérus contient quelques débris, l'injection utérine est insuffisante, d'après la plupart des accoucheurs américains. Il faut alors recourir à un autre traitement: curage, curettage, tamponnement. Mais au moment de ces opérations, l'injection retrouve des avantages; donnée avant l'intervention elle enlève beaucoup de liquide infecté, et permet d'opérer d'une manière pour ainsi dire plus aseptique ou antiseptique; après l'intervention, elle nettoie et lave l'utérus des débris détachés. Pour Jeannin et autres, l'injection utérine est nettement indiquée et doit être répétée *à la suite d'un nettoyage utérin,* quand la cavité utérine reste *largement béante,* que les lochies continuent à être fétides et à charrier des caillots, quand surtout le drainage utérin ne s'opère qu'imparfaitement. Dès que les signes locaux s'amendent on cesse ces lavages, alors même que les symptômes généraux persistent ou s'accentuent.

L'irrigation utérine continue, qui a eu de la vogue pendant quelque temps, est complètement abandonnée aujourd'hui.

Pour moi, personnellement, je n'ai jamais recours à l'injection utérine dès les premières élévations de température, seraient-elles même causées par une endométrite ou toute infection ou intoxication venant de l'utérus. Mon premier traitement est d'appliquer de la glace sur le ventre, de prescrire de l'ergot, de donner

des injections vaginales et d'attendre un ou deux jours. Si la température ne baisse pas, je vais, après une inspection et une désinfection complètes du vagin, explorer l'utérus, constater la perméabilité du col et donner ensuite une injection intra-utérine.

On a adressé beaucoup de reproches aux injections utérines. De fait, l'injection utérine peut amener certaines complications ou causer certains accidents. Elle peut faire pénétrer de l'air ou du liquide dans les veines utérines ou dans les trompes et de là dans le péritoine; elle peut ensemencer l'utérus par la sonde qui traverse le canal vaginal infecté; elle est souvent douloureuse et occasionne parfois de violentes douleurs qui occupent tout l'abdomen, s'irradient vers les hanches et les cuisses, et s'accompagnent de vomissements et de tendance à la syncope; elle peut produire un choc nerveux qui amènera la syncope, des convulsions, le délire, ou le coma ou la mort même; elle est quelquefois suivie d'hémorragie plus ou moins abondante, d'un frisson très violent et d'élévation considérable de la température. La sonde utérine a parfois perforé l'utérus: le liquide antiseptique produit parfois l'empoisonnement.

La mort subite à la suite d'une injection utérine peut être la conséquence soit d'un phénomène d'inhibition amenant l'arrêt du coeur par excitation du pneumogastrique, soit d'une embolie pulmonaire partie d'un sinus utérin, soit de la pénétration de l'air dans les veines.

Manuel opératoire de l'injection intra-utérine.—On se sert, pour faire une injection utérine, d'un injecteur de la contenance de deux litres, muni d'un tube de caoutchouc dont l'extrémité s'adapte à une canule à *double*

courant. La sonde intra-utérine doit être nécessairement à double courant. Se servir d'une sonde à simple courant c'est courir au-devant d'accidents graves. En effet l'on voit souvent le col de l'utérus ou l'anneau de Bandl se resserrer fortement sur la sonde pendant l'injection; dans ce cas si la sonde est à simple courant, le retour de l'eau ne peut se faire vers l'extérieur et l'utérus se distend plus ou moins sous la pression du liquide qu'il chasse à travers les trompes vers le péritoine.

On peut *employer* au choix les *sondes* de Budin, de Doléris etc. Je préfère la sonde de Bozeman, parce qu'elle est de calibre plus considérable et qu'elle a une double courbure, dont l'une s'adapte à la courbure pelvienne; et l'autre permet de donner l'injection facilement sans déplacer la patiente dans son lit, peu importe la hauteur du rebord du bassin placé sous le siège.

La *solution antiseptique à employer* doit être bactéricide, sans être toxique, et elle doit stimuler la réaction leucocytaire. Les principales solutions antiseptiques seraient, d'après mon expérience, dans l'ordre d'importance, les suivantes: l'eau oxygénée pure, la solution de permanganate de potasse (1 p. 1500), la liqueur de Labarraque (20 grammes pour 1 litre d'eau), la solution iodo-iodurée (iode métallique 3 grammes, iodure de potassium 6 grammes, eau distillée bouillie 1,000 grammes), le mélange de térébenthine (dans un litre d'eau stérilisée chaude, on verse, après agitation, 30 centimètres cubes du mélange suivant: essence de térébenthine 300 centimètres cubes, eau stérilisée 600 mètres cubes; teinture de bois de Panama 5 centimètres cubes).

Les sels de mercure et l'acide phénique sont pres-

que abandonnés aujourd'hui. Le plus fréquemment je commence par la solution de permanganate de potasse et je termine par une injection d'eau oxygénée pure. Quand on se sert de ces deux dernières substances, il faut avoir la précaution de ne pas laisser dans l'irrigateur ou le tube une seule goutte de la solution de permanganate de potasse, parce que l'oxygène naissant qui se dégage au contact des deux substances se perd soit dans l'irrigateur, soit dans le tube. L'eau oxygénée (surtout pure) ou la solution de permanganate de potasse [illegible] dans l'utérus à l'eau oxygénée pure sont des substances très actives. L'association du permanganate de potasse et de l'eau oxygénée, en raison du dégagement d'oxygène à l'état naissant, dont les bulles pénètrent dans les moindre fissures de l'endomètre, constitue le traitement le plus efficace.

Lugeol et Fieux ont employé avec succès la solution de bleu de méthylène à 1 p. 10,000 quand les autres antiseptiques et même le curettage n'avaient donné aucun résultat. Ils donnent d'abord une première injection avec le sublimé, puis une seconde avec 150 centimètres cubes de solution de bleu de méthylène.

Pour *pratiquer* une injection intra-utérine on place *la femme en position obstétricale* soit en travers du lit, ou sur une table, soit sur le long du lit le plus près possible du bord. Je déplace rarement la malade dans son lit. Pour le médecin qui a l'habitude des injections utérines, c'est aussi facile de les donner, la malade étant placée sur le long du lit, et c'est moins fatigant pour elle.

Un bassin, plus long que large à moitié couvert, comme on en trouve facilement chez le pharmacien

étant glissé sous le siège de la malade, on nettoie soigneusement la vulve avec toutes les précautions que j'ai déjà indiquées. Cette toilette bien exécutée, on écarte largement les grandes et les petites lèvres, on lave le vestibule et l'on passe le cathéter. Pour atteindre facilement l'utérus, l'explorer à l'aise et donner une véritable injection intra-utérine, il faut avoir la précaution de vider complètement la vessie; sinon, l'utérus est trop haut situé; il est difficile d'en atteindre le col, surtout d'en visiter tous les recoins de la cavité, et d'introduire la sonde jusqu'au fond. Le cathétérisme fait, on lave de nouveau la vulve. On introduit la canule vaginale adaptée au tube de l'irrigateur. On procède à la désinfection du vagin par une injection *au permanganate de potasse, qu'on fait suivre d'une injection au peroxyde d'hydrogène pur.*

On retire la c[illegible] et l'on introduit dans le vagin le spéculum fenêtré que j'ai fait fabriquer tout exprès pour cet usage. Avec un gros tampon de coton absorbant monté sur une longue pince, on essuie bien le vagin à travers le spéculum largement ouvert. Il est alors facile de constater de visu l'état du vagin et d'en voir les plaies infectées ainsi que celles du col. Avec un autre tampon bien imbibé de teinture d'iode, on attouche tout le vagin et le col de l'utérus; on enlève au moyen d'un autre tampon sec, la teinture d'iode libre dans le vagin; on retire le spéculum. Le vagin est alors presque aussi désinfecté qu'on peut le désirer; l'examen de l'utérus et l'injection utérine offriront peu de danger d'infection ascendante.

Le vagin désinfecté, on peut procéder à l'injection intra-utérine de deux manières; (a) sans enlever le

spéculum, on abaisse et on immobilise le col de l'utérus à l'aide d'une pince de Museux. L'on introduit ensuite, dans l'utérus, la sonde, sans lui faire toucher les parois du vagin. Pour opérer ainsi sans danger de perforation du segment inférieur ou du corps même de l'utérus, il faut être absolument certain que l'utérus est dans une position qui permet à la sonde de pénétrer sans obstacle directement jusqu'au fond: cela demande une grande habitude et une grande dextérité; (b) mieux vaut enlever le spéculum et constater, avec deux doigts introduits dans le vagin, la position exacte de l'utérus. En règle générale, l'utérus est en antéflexion, quelquefois en antéversion et parfois en rétroflexion. On réduit tout d'abord la flexion ou la version; sans cette manœuvre bien réussie, on introduit difficilement la sonde jusqu'au fond de l'utérus; même l'introduction immédiate de la sonde peut être dangereuse parce qu'elle peut perforer la partie inférieure de l'utérus; ou bien la sonde ne pénètrera pas du tout dans l'utérus, elle n'ira pas plus loin que l'espèce de poche que forment, sur l'utérus puerpéral, le col et le segment inférieur. Il y a avantage d'introduire, dans l'utérus, les doigts avant la sonde, parce qu'on doit explorer l'utérus et savoir de suite si le col est perméable, et si l'utérus ne contient pas de débris ou corps étrangers. Quand les doigts ont pénétré au-dessus de l'anneau de Bandl, l'introduction de la sonde, guidée sur les doigts, est facile et n'offre plus aucun danger.

Il ne faut pas élever le bock à plus de 40 centimètres au-dessus du plan du lit. En général une injection de deux litres d'eau est suffisante. Quand on

fait usage d'une substance caustique (l'iode) ou toxique (bichlorure de mercure), on termine l'injection utérine par une injection d'eau bouillie. Il faut pratiquer toutes les manœuvres de l'injection intra-utérine avec la plus grande douceur; il ne faut jamais déployer de force, ni essayer de vaincre une résistance quelconque.

2° *TOILETTE DE L'UTERUS, OU PANSEMENTS INTRA-UTERINS; TAMPONNEMENT DE L'UTERUS.* — La toilette et les pansements utérins sont principalement indiqués quand l'utérus ne contient ni débris ovulaire, ni caillots adhérents; cependant si l'utérus n'est pas complètement évacué, on peut y avoir recours avantageusement, parce qu'ils amèneront des contractions parfois suffisantes pour chasser tout corps étranger. Avant et après le curage ou le curettage, ils trouvent leur utilité parce qu'ils désinfectent la cavité utérine. Quand l'utérus est mou et béant et que les lochies s'écoulent sanieuses et fétides, ils sont encore utiles.

La toilette ou les pansements utérins se font par *l'attouchement* de la cavité utérine à l'aide d'une substance antiseptique, qui désinfecte la caduque, sans détruire, comme le fait la curette, la barrière granuleuse de la couche profonde de l'endomètre. Ces pansements ont l'avantage aussi de ne pas ouvrir, à l'infection, de nouvelles bouches veineuses et lymphatiques.

Les pansements utérins se font au moyen des substances suivantes: alcool pur, teinture d'iode, teinture d'iode et acide phénique à parties égales, essence de térébenthine, glycérine créosotée à 1/3, eau oxygénée pure.

La femme est placée dans la position obstétricale; la vulve et le vagin sont complètement désinfectés comme s'il s'agissait de donner une injection intra-utérine; le col est mis à nu avec des valves, fixé avec des pinces et abaissé. Si cet abaissement du col n'était pas suffisant pour réduire les flexions ou versions possibles de l'utérus, il faudrait au préalable redresser l'utérus avec les doigts introduits dans le vagin. Puis au moyen d'un tampon de coton hydrophile monté, largement imbibé du médicament antiseptique, on nettoie à deux ou trois reprises toute la surface interne de la cavité. Je crois qu'il est plus prudent, avant de faire le pansement utérin, de donner d'abord une injection intra-utérine, avec toutes les précautions que j'ai indiquées plus haut. L'injection utérine donnée, on introduit, dans le vagin, le spéculum fenêtré ou une valve; l'on va à la recherche du col qu'on fixe et qu'on abaisse, et l'on procède ensuite au pansement utérin. On peut renouveler ce pansement pendant deux ou trois jours.

Pincus a essayé de stériliser la cavité utérine au moyen d'un jet surchauffé d'air ou de vapeur d'eau (*atmokausis, Zestokausis*). Ce procédé n'a pas eu d'adeptes.

Les pansements utérins peuvent se faire encore avec une mèche imbibée de térébenthine ou de teinture d'iode, et mise dans l'utérus de manière à ce qu'elle forme un bon tamponnement. La mèche est laissée en place douze ou vingt-quatre heures. Avant d'introduire la mèche il faut avoir soin de l'exprimer suffisamment pour enlever une certaine quantité d'iode ou de térébenthine, qui pourrait fuser dans le vagin ou en

dehors et produire des douleurs ou de l'irritation du vagin ou de la peau.

Je pratique couramment le tamponnement de l'utérus à l'aide d'une mèche dont le bout est imbibé d'essence de térébenthine. Je tamponne fortement à l'aide du tamponneur utérin, toute la cavité utérine; puis je termine par un tamponnement serré du vagin. Je laisse le tampon en place pendant douze ou vingt-quatre heures. Avant le tamponnement je donne une injection intra-utérine. Ce tamponnement serré de la cavité utérine désinfecte et provoque des contractions énergiques, qui ont l'avantage de décoller les débris de membranes et de placenta, et de les chasser hors de l'utérus quand on enlève la mèche.

Une mèche de gaze imbibée de sérum leucocygène de R. Petit (sérum de cheval normal chauffé), introduite dans l'utérus et laissée en place pendant vingt-quatre heures, constitue un bon pansement utérin.

Brindeau et après lui Jeannin ont employé avec succès les *pansements au bouillon lactique.*

La technique de ces pansements, dit Jeannin est très simple. Dans un récipient en verre flambé (verre à expérience, petit cristallisoir), on mêle deux cuillérées à bouche de poudre de lactose stérilisée avec une quantité égale ou un peu supérieure de bouillon lactique, et on brasse le tout à l'aide d'une baguette de verre ou d'une pince quelconque de façon à constituer une sorte de bouillie assez épaisse; on a soin de n'employer, pour la faire, que la lie des bouteilles de bouillon lactique, dont on décante, après repos de plusieurs heures, toute la partie claire. Cette partie sert à laver les plaies qu'il s'agit de panser, à *l'exclusion de tout autre*

antiseptique; puis on imbibe largement une mèche de gaze aseptique de la bouillie qu'on vient de préparer. Cette mèche est placée dans l'utérus dont on bourre toute la cavité, mais en tassant beaucoup moins la gaze que s'il s'agissait de faire un tamponnement hémostatique. Le pansement est renouvelé matin et soir. Très rapidement, les escarres, visibles sur le col, se détergent; leur surface bourgeonne et devient rosée; les lochies s'écoulent rouges et abondantes, ayant perdu toute fétidité. Ces pansements, qui ne sont nullement douloureux méritent de prendre une large place dans la pratique courante."

Il est facile de tamponner l'utérus avec cette mèche imbibée de bouillon lactique, au moyen du tube à tamponner.

On trouve le bouillon lactique, dans le commerce sous le nom de *Bouillon lactique.*

3° *ECOUVILLONNAGE.*—L'écouvillon est une brosse allongée en crins ou côtes de plumes, semblable à la brosse dont on se sert pour nettoyer les bouteilles. On le stérilise à sec pour ne pas le ramollir, ou on le plonge dans une solution froide de sublimé.

La femme étant placée dans la position obstétricale, la vulve et le vagin désinfectés, on abaisse et on fixe l'utérus au moyen de pinces, appliquées sur les lèvres antérieure et postérieure du col suffisamment dilaté pour laisser passer l'écouvillon. On introduit l'écouvillon jusqu'au fond de l'utérus, et on imprime à l'instrument des mouvements de va-et-vient et de rotation en tous sens de façon à bien brosser toutes les parties de l'utérus. On recommence ce nettoyage

avec trois ou quatre écouvillons, et on complète l'opération par l'introduction d'un ou deux écouvillons trempés dans un mélange de glycérine et de créosote au 1/3.

L'écouvillonnage est utile dans les cas de rétention de membranes, ou à la suite d'un curage ou d'un curettage. Il n'est pas suffisant lorsqu'il s'agit d'entraîner à l'extérieur des débris placentaires. Il a l'inconvénient de léser la muqueuse si l'instrument est trop dur; il n'a aucune valeur si la brosse est trop molle.

4° *CURAGE.*—Le curage consiste à nettoyer l'utérus simplement à l'aide des doigts sans le secours d'aucun instrument. C'est une intervention facile, sûre et parfaite, le doigt, instrument intelligent, se rendant exactement compte de la nature et de la quantité des débris à enlever, de la profondeur à laquelle on opère à chaque instant. Le curage est surtout indiqué quand l'utérus contient des débris: cotylédons placentaires ou caillots organisés et adhérents.

Pour pratiquer le curage, il faut donner du chloroforme à la femme, pour supprimer la douleur et obtenir le relâchement absolu de la paroi abdominale. L'état d'anémie grave ou de choc, etc., contre-indique l'emploi du chloroforme.

Comme pour l'injection intra-utérine, (et de fait il faut au préalable donner cette injection) la femme est mise dans la position obstétricale; on vide le rectum et la vessie, on procède ensuite à la désinfection complète et minutieuse de la vulve et du vagin comme il a déjà été indiqué.

Lorsque le col n'est pas suffisamment perméable

pour y introduire deux doigts, on le dilate soit avec le doigt, soit avec les bougies de Hégar.

La main droite, ou la main la plus habile, toute entière ou sans le pouce, bien vaselinée, disposée en cône, est introduite dans le canal génital, par de doux mouvements de vrille. La main gauche, placée sur la paroi abdominale relâchée, saisit l'utérus, le redresse au besoin et l'abaisse fortement à la rencontre des doigts de la main droite comme pour les ganter. Un doigt ou deux de la main droite pénètrent dans l'utérus pendant que les autres sont repliés dans le vagin. Parfois on peut abaisser l'utérus assez pour ne pas être obligé d'introduire la main dans le vagin; l'index et le médius seuls pénètreront dans les organes génitaux jusqu'au fond de l'utérus, pendant que les autres doigts seront accolés au périnée et le pouce contre le pubis.

Les doigts intra-utérins complètent tout d'abord le redressement de l'utérus s'il y a lieu, et, après avoir exploré toute la surface utérine, ils grattent systématiquement chacune des régions de l'endomètre, face, fond et cornes. Quelquefois il faut gratter fortement pour détacher la caduque hypertrophiée et les bouchons de fibrine. Chaque main ne nettoyant bien qu'une moitié de l'utérus, on devra se servir alternativement de la main droite et de la gauche pour détacher tous les débris.

Le curage complété, on entraînera les débris avec les doigts recourbés en crochets, ou on les chassera par l'expression abdomino-vaginale. Cette dernière manœuvre se pratique de la façon suivante: deux doigts d'une main sont placés dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et appuient de bas en haut sur la face postérieure

de l'utérus, pendant que l'autre main comprime, à travers la paroi abdominale, le fond et la paroi antérieure de l'utérus. Les deux mains, exerçant des pressions en sens contraire, compriment fortement l'utérus et en expriment les débris. On ne doit pas se servir de pinces pour enlever les débris supposés détachés. La pince est aveugle, dangereuse; elle risque de perforer l'utérus et même d'entraîner une anse intestinale au dehors.

Après cette monœuvre, on réintroduit le doigt dans l'utérus pour procéder à la révision de l'endomètre. On termine l'opération par une injection intra-utérine. Presque toujours je finis par un tamponnement de l'utérus à la gaze térébenthinée. Budin faisait suivre le curage d'un écouvillonnage.

Le curage peut n'être pas suffisant pour détacher les débris fortement adhérents; dans ce cas on le fait suivre d'un curettage.

5° *CURETTAGE.*—La curette est un instrument aveugle, dangereux, mais d'une utilité incontestable malgré tous les anathèmes qu'on a prononcés contre elle. La curette doit être maniée avec beaucoup de douceur, de délicatesse et d'habileté, et seulement dans des circonstances bien déterminées.

La curette est un instrument aveugle, parce qu'elle glisse facilement sur les cotylédons placentaires, les entame à peine, les contourne à droite ou à gauche, ne les détache pas, et conséquemment, elle est impuissante à vider complètement l'utérus: on en a eu fréquemment la preuve à l'autopsie en constatant, dans l'utérus, la présence de débris volumineux de placenta, après un curettage pourtant fait par la main d'un maître.

La curette est un instrument dangereux, parce que,

maniée même par la main la plus habile, elle peut produire une perforation de l'utérus, accident d'autant plus à craindre que l'infection est plus avancée, que le muscle utérin est plus ramolli et que les manifestations infectieuses apparaissent après une grossesse à terme ou près du terme: le muscle utérin est devenu mou comme du beurre. La curette ouvre à nouveau les sinus utérins et peut occasionner des hémorragies et des embolies gazeuses. Elle déchire les plaies nouvellement cicatrisées ou en produit d'autres, créant ainsi de nouvelles voies à l'infection. Elle détruit la barrière leucocytaire que la nature s'était efforcée d'élever contre l'invasion de microbes, et fait à peu près ce que fait le rateau sur le sol où l'on a jeté une semence. Pour les auteurs américains, il n'y a pas plus de raison de curetter l'utérus dans l'infection puerpérale, que le nez et la gorge dans la diphtérie.

Shears et tous les auteurs américains trouvent la curette si dangereuse, qu'ils ne la mentionnent dans leurs traités que pour la condamner. En effet, la curette a fait beaucoup plus de torts, a causé beaucoup plus de cas de mort qu'elle n'a fait de bien et qu'elle n'a sauvé de malades. Je condamne moi-même l'usage fréquent de la curette; je prétends qu'on ne doit y avoir recours que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Dans l'infection ou *l'utérus est vide* ou *sa cavité contient des débris*. Si l'utérus est *vide*, il est absolument contre-indiqué d'y toucher avec la curette, puisqu'il n'y a rien à enlever. S'il contient des débris, il faut l'en débarrasser. C'est justement ici à propos de la toilette de l'utérus que s'élève la discussion entre les auteurs

des différentes nationalités. Shears appelle la curette un instrument condamnable; de Lee, un instrument criminel; Bumm estime le curettage, une opération condamnable. La présence de débris de placenta dans l'utérus n'est pas une indication de curettage pour certains accoucheurs. Aussi longtemps qu'il n'y a pas d'hémorragie ces accoucheurs se contentent d'appliquer des sacs de glace sur l'abdomen, de donner de l'ergot; quelques autres ajoutent à ce traitement le tamponnement à la gaze antiseptique, qui la plupart du temps produit des contractions assez énergiques pour chasser les débris hors de l'utérus. D'autres accoucheurs, c'est le plus grand nombre, pratiquent le curage et s'en contentent, et enfin, pour plusieurs Français, le *curettage doit suivre et compléter le curage digital,* toutes les fois que le doigt n'a pas suffi à détacher les débris placentaires trop adhérents. Le curettage est particulièrement indiqué dans les infections post-abortives. Le curettage est d'autant plus efficace, et d'autant moins dangereux qu'il est pratiqué plus près du début de l'infection.

Manuel opératoire. — Le curettage étant toujours précédé d'une injection intra-utérine et même d'un curage le plus fréquemment, il faut tout d'abord prendre les précautions et les soins d'asepsie et d'antisepsie que j'ai indiqués pour l'injection intra-utérine et le curage.

Dans mon opinion et suivant mon expérience, il est sage de pratiquer, douze ou vingt-quatre heures avant le curettage, un tamponnement serré de l'utérus à la gaze térébenthinée dont le premier résultat sera de produire une désinfection pré-opératoire satisfaisante de l'utérus. En plus l'on sera souvent surpris de cons-

tater que le curettage n'a plus raison d'être pratiqué, parce que les débris détachés sortiront en même temps que le tampon et que la température s'abaissera rapidement.

L'injection intra-utérine donnée, le curage fait au besoin, on procède au curettage de la façon suivante. On déprime le périnée à l'aide d'une valve large et courte; cette manœuvre n'est pas absolument nécessaire. On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux à mors mousses et l'on abaisse le col à la vulve; on introduit la curette jusqu'au fond de l'utérus, et l'on gratte successivement et prudemment, depuis le fond jusqu'à l'orifice, les deux faces et les bords.

Le curettage dans l'infection post-partum doit toujours se faire avec une curette très large. Je me sers depuis une vingtaine d'années de ma curette triangulaire dont il existe deux grandeurs. J'emploie généralement la plus grande, celle de 2½ centimètres. Elle pénètre facilement dans l'utérus qu'elle ne risque pas de perforer vu sa forme et sa largeur. En trois ou quatre coups, elle nettoie complètement chacune des faces de l'utérus sans y creuser des sillons comme le fait la curette ordinaire qui est excessivement dangereuse. J'ai envoyé à la Société d'Obstétrique de Paris, il y a déjà assez longtemps, quatre de mes curettes: deux tranchantes de 2½ centimètres et de 1½ c. et deux mousses de même grandeur.

Après avoir curetté les faces antérieure et postérieure de l'utérus avec la large curette, on en prend une plus petite pour abraser la muqueuse au niveau des

deux cornes; mais en règle générale la large curette triangulaire suffit.

On retire la curette de temps à autre pour enlever les débris détachés. Il ne faut jamais user de violence dans les manœuvres du curettage; il ne faut pas appuyer trop fortement sur la curette et chercher à obtenir le cri utérin, car l'utérus est mou et friable.

Quand on croit avoir détaché tous les débris, il est de bonne politique d'introduire un doigt ou deux dans l'utérus pour en explorer toute la cavité et constater si réellement l'opération est complète.

On termine le curettage par une injection intra-utérine et un attouchement ou un écouvillonnage à la teinture d'iode ou à la glycérine créosotée. Après le curettage, j'applique des sacs de glace sur l'abdomen et j'administre de l'ergot pendant deux ou trois jours.

J'ai déjà dit que le curettage peut *produire* des hémorragies. L'hémorragie, d'ordinaire peu abondante, cède facilement aux injections intra-utérines chaudes; mais si elle est plus abondante et plus tenace, il faut avoir recours au tamponnement utérin.

L'accident immédiatement grave du curettage c'est la perforation de l'utérus, qui s'explique par la friabilité extrême du tissu utérin et l'emploi des curettes insuffisamment larges.

Quand la malade est anesthésiée il n'est pas toujours facile de constater la perforation, parce que la douleur aiguë, syncopale, assez fréquente dans la perforation, manque complètement. La malade endormie ou non, un autre symptôme de perforation peut aussi manquer, c'est la sensation de résistance brusquement vaincue. Le symptôme le plus apparent de la perfora-

tion utérine c'est la constatation de la pénétration profonde de la curette; la curette s'enfonce, disparaît dans l'abdomen. En retirant la curette qui a pénétré à travers la paroi utérine, on peut amener à la vulve une anse intestinale ou l'épiploon.

Les suites de la perforation sont les suivantes: guérison spontanée, péritonite exceptionnellement localisée, ordinairement généralisée, persistance d'une fistule métro-péritonéale.

La conduite à tenir c'est de pratiquer l'hystérectomie immédiate, quand on a constaté une perforation de l'utérus.

Suites opératoires du curettage. — Assez fréquemment après le curettage il survient un grand frisson, suivi d'une élévation marquée de la température (40°, 41°), c'est un frisson de réinfection qui indique l'absorption et la diffusion dans l'organisme des toxines et des microbes contenus dans l'utérus.

Les résultats du nettoyage de l'utérus sont les suivants:

(a) La température fait une chute immédiate et définitive;

(b) La température descend en lysis, mettant trois ou quatre jours à redevenir normale;

(c) La température continue à osciller pendant un temps variant de un à douze jours (pronostic réservé);

(d) La température continue à s'élever jusqu'à la mort.

6° *EVIDEMENT DE L'UTERUS AVEC UNE PINCE.*—Il est excessivement dangereux de chercher

à enlever et surtout à détacher des débris de placenta avec une pince à polype ou à faux-germe. On risque, comme je l'ai déjà dit, de déchirer l'utérus et d'entraîner une anse intestinale ou de l'épiploon.

7° *DRAINAGE DE L'UTERUS.* — Le drainage de l'utérus serait utile et indiqué dans la rétention des lochies par flexion exagérée de l'utérus, dans l'infection ancienne quand le curettage est dangereux, et dans certaines déchirures incomplètes de l'utérus; malheureusement le drainage est un mode de traitement infidèle et même dangereux.

Le drainage fait au moyen d'une mèche de gaze ou d'un sac à la Mickulicz ne donne que de mauvais résultats.

Langenbuch s'est servi de deux gros drains en caoutchouc, accolés en canon de fusil. Bonnaire utilise un gros drain unique. Ces drains tiennent bien en place et jouent le rôle d'une sonde à double courant permettant les injections intra-utérines. On introduit ces drains dans l'utérus et on en laisse descendre l'extrémité inférieure hors de la vulve. Mais ces drains ont l'inconvénient de se couder, de s'aplatir au niveau de l'isthme utérin et de devenir inutiles et dangereux.

Veit s'est servi de tubes en verre, et Mouchotte, d'un drain métallique largement fenêtré. Ces drains peuvent maintenir la dilatation de l'utérus, mais ils ont l'inconvénient de s'obstruer aisément, et offrent le danger de blesser la paroi utérine ou de produire des plaques de sphacèle dans le canal cervical.

B. *TRAITEMENT CHIRURGICAL DES INFECTIONS PUERPERALES.* — L'impuissance des traitements habituels et en particulier du curettage

dans l'infection puerpérale a poussé certains médecins à tenter une intervention chirurgicale, soit l'hystérectomie, soit la colpotomie, soit la laparotomie, soit la ligature et la résection des veines thrombosées.

1° *HYSTERECTOMIE.* — Schlultze, Rosemburg, Tuttle, Watbrill, Carteledge, Currier, Holmes, Bouilly, Smith, Duff, Noble, Tuffier, Legueu, Picqué, Delettrez et autres ont recommandé et pratiqué l'hystérectomie avec un certain nombre de cas heureux. Dans sa thèse, Bonamy rapporte 31 cas d'hystérectomie avec 20 guérisons. Benoist cite 21 cas avec 10 guérisons. Mouchet donne 56.6 p. 100 de guérisons sur 30 cas d'hystérectomie pour infection post-abortum.

L'hystérectomie a des adversaires renommés : Reynier, Ricard, Poirier, Segond, Quénu, Chaput, Price, Da Costa, Budin, Maygrier, Porak, Boissard, Tissier, etc. Pour Pinard, l'indication rationnelle de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale n'existe pas. Cortiguera l'admet à titre exceptionnel.

Cette question de l'hystérectomie a été soulevée dans divers congrès et a été le sujet de quelques thèses. Des rapports des différents congrès et des conclusions des thèses on peut tirer les déductions suivantes. La grande difficulté dans la question de l'hystérectomie, c'est de trouver ou de préciser les indications de l'opération. L'examen du sang des accouchées ne peut fournir d'indication précise ; car la guérison peut s'obtenir (sans opération) alors que l'examen bactériologique révèle la présence de microbes dans le torrent sanguin, et la mort peut terminer l'infection alors que l'examen du sang a toujours été négatif. Ni le pouls, ni la température, ni les frissons ne sont des indices certains.

L'étude cytologique du sang ne donne pas plus de résultat; encore moins pourrait-on se guider sur l'étude bactériologique des lochies. L'anatomie pathologique ne fournit pas plus d'indication. Pinard a dit avec raison: "actuellement l'interventionniste obéit à une invitation opératoire, non à une indication."

La grande difficulté est donc de trouver l'indication de l'hystérectomie. On admet généralement que cette opération n'est justifiable que dans les cas où les accidents infectieux sont provoqués et entretenus par une lésion de l'utérus, à laquelle on ne peut remédier de façon efficace que par l'ablation de l'organe. Les indications les plus fréquentes de l'hystérectomie puerpérale sont: la rupture de l'utérus ou du vagin avec infection; la perforation de l'utérus avec péritonite débutant; la perforation de l'utérus pendant une intervention locale; l'infection d'un fibrome; la contusion, la meurtrissure considérable d'un fibrome; un fibrome s'opposant par sa situation et son volume à l'évacuation des lochies et au traitement intra-utérin; le cancer de l'utérus; l'infection avec une grossesse môlaire; l'adhérence anormale du placenta avec infection et impossibilité de son extraction par les voies naturelles; les abcès intrapariétaux de l'utérus; la gangrène de l'utérus, l'emphysème de l'utérus.

Le difficile en clinique est de reconnaître ces lésions, qui ne sont le plus souvent vérifiées qu'à l'autopsie.

Il existe encore beaucoup plus d'incertitude quant à ce qui regarde l'hystérectomie dans les cas de septicémie ou de pyohémie, quand les manifestations locales passent au second plan. L'infection est-elle encore li-

mitée à l'utérus ou en a-t-elle dépassé les bornes? C'est là le point essentiel à connaître, et il est impossible de le savoir au juste. Si nous pouvions connaître exactement le temps où l'infection va dépasser les limites de la sûreté, nous saurions quand enlever l'utérus. L'expérience a prouvé que l'utérus est généralement enlevé trop tard pour produire aucun avantage. Dans les cas où un opérateur a été assez courageux pour pratiquer de bonne heure l'hystérectomie, on ne peut jamais dire que la mutilation était nécessaire; l'opération a pu tuer la malade; si la malade a guéri, l'opération n'a peut-être pas contribué à sa guérison, mais l'a rendue stérile. On a dit justement: opérer trop tôt, c'est imposer à la malade un sacrifice inutile; opérer trop tard, c'est s'exposer à un échec fatal.

Dans la septicémie ou la bactériémie généralisée, de Lee, Williams, Lea et Edgar disent qu'on ne peut attendre aucun bon résultat de l'hystérectomie.

Quelques accoucheurs ont pratiqué l'hystérectomie dans les péritonites puerpérales, dans le but d'assurer une très large voie de drainage. L'opération dans ces cas a donné peu de succès, aussi est-elle déconseillée par la plupart des cliniciens en raison de l'état de choc considérable qu'elle détermine chez la malade.

En tout cas, l'hystérectomie a des contre-indications générales: le collapsus, l'algidité, les lésions généralisées du foie, des reins.

Voies opératoires.—"Quant à la voie à suivre, disent Labadie-Lagrave et Legueu, il faut se guider sur le volume de l'utérus et l'époque de l'accouchement. Avec un utérus volumineux, la voie abdominale est préférable; mais s'il est petit, il sera facilement enlevé,

malgré sa friabilité, par l'hystérectomie **vaginale qui** retrouvera ici ses qualités d'opération de drainage. Si la voie abdominale est choisie, il semble en pareille matière plus rationnel de faire l'hystérectomie totale. Cependant la subtotale, plus rapide, plus simple, peut être préférée chez des femmes dont l'état général est précaire".

C. Jeannin de son côté nous dit: "Il est tout d'abord bien entendu qu'il faut, l'indication étant posée, faire une hystérectomie totale."

Pour ce dernier auteur, on doit avoir recours:

(a) *à la voie abdominale,* quand on a lieu de croire à l'existence de thrombo-phlébites (infection à forme pyohémique), quand l'utérus est particulièrement volumineux, quand enfin l'état général est assez satisfaisant;

(b) *à la voie vaginale,* quand l'état général est gravement altéré et que l'utérus est petit; c'est la voie d'élection dans toutes les infections post-abortum."

2° *COLPOTOMIE.*—La colpotomie est indiquée dans les cas de pelvi-péritonite, avec collection suppurée limitée au petit bassin et proéminant dans le cul-de-sac de Douglas. En dehors des cas bien marqués, il vaut mieux ne pas se hâter d'inciser les masses d'exsudat du petit bassin; la plupart de ces masses se résorbent et ne nécessitent aucune opération, au moins pendant la période aiguë. Il en est de même dans les grosses suppurations annexielles; on tentera d'évacuer le pus, par colpotomie, seulement si l'on a la main forcée par le mauvais état général, la persistance et l'intensité des accidents fébriles.

Inciser dans des masses dures avant que le ramollissement bien marqué ne nous ait indiqué la voie la plus courte vers le pus, c'est aller souvent au-devant d'un échec, c'est risquer de léser les viscères pelviens, c'est ouvrir de nouvelles bouches à l'infection à travers des tissus sains.

La colpotomi , comme intervention unique dans le traitement des péritonites généralisées, présente, d'après Jeannin deux graves inconvénients: (a) c'est une opération aveugle; (b) c'est souvent une intervention insuffisante, capable de donner issue à une petite quantité de pus, la plus grande partie de l'épanchement, endiguée par des adhérences, demeurant dans la grande séreuse abdominale.

3° *LAPAROTOMIE.*—Pour Jeannin qui a étudié spécialement le traitement chirurgical des péritonites puerpérales généralisées, la laparotomie est le traitement de choix des péritonites puerpérales.

Tout d'abord Jeannin passe en revue la question de la laparotomie comme *traitement des infections puerpérales généralisées.* "Les arguments, dit-il, qui plaident en faveur de cette opinion sont les suivants:

"1° La laparotomie supprime l'importante et active voie d'absorption des toxines et des microbes qu'est le péritoine;

"2° L'arrivée de l'air dans le péritoine y atténue la virulence des microbes;

"3° L'intervention favorise la dialyse des produits microbiens au travers du péritoine et évacue à l'extérieur les produits dialysés;

"4° La laparotomie met prophylactiquement la malade à l'abri de la péritonite.

"Ces arguments sont-ils suffisants pour nous faire adopter ce mode de traitement? Reconnaissons qu'à l'heure actuelle le manque de documents cliniques ne nous permet pas de répondre. Un seul point est actuellement acquis: la laparotomie, pratiquée dans de telles conditions, aura souvent l'avantage *de dépister une péritonite méconnue."*

Dans les *péritonites puerpérales,* pour Jeannin, le *traitement est d'ordre exclusivement chirurgical.* Que la péritonite soit généralisée ou localisée, il *faudra toujours intervenir;* ce qui varie, suivant les cas, c'est le choix du moment opportun, et de la méthode opératoire.

"Du moment de l'opération, ajoute Jeannin, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'il doit être *le plus rapproché possible* du début des accidents. Il faut à cet égard, savoir se déterminer d'après les *présomptions cliniques;* attendre l'apparition de tous les symptômes habituels: vomissements, hoquets, etc, c'est bien souvent laisser passer l'heure opportune. En opérant trop tôt on risque sans doute de pratiquer une intervention inutile; c'est, en l'espèce, une faute bien légère, surtout en comparaison de l'erreur inverse. Opérons donc dès que nous croyons à l'existence d'une péritonite."

Aux Congrès de Chirurgie, à Bruxelles en 1905, et à Paris en 1911, les chirurgiens et les accoucheurs se sont montrés presque tous interventionnistes; aussi ont-ils traité plus de la technique à suivre dans l'opération, que de l'opportunité de cette dernière.

Jeannin donne la technique opératoire suivante:

A. *SOINS PRE-OPERATOIRES:*

(a) Glaçage de tout l'abdomen;
(b) Injections de morphine;
(c) Injections de sérum artificiel;
(d) Lavage de l'estomac au besoin.

B. *INTERVENTION:*

(a) Anesthésie à l'éther;

(b) Préparation et position (horizontale) de la malade;

(c) Incision; sur la ligne médiane; quelquefois contre-ouverture au niveau des flancs des deux côtés (parfois) ou au niveau du Douglas;

(d) Traitement du péritoine: favoriser l'écoulement et étancher au moyen de larges et nombreuses compresses de gaze; proscrire: 1° l'éviscération; 2° les grands lavages.

(e) Drainage: gros drain, en T, dans l'incision du Douglas; deux gros drains dans l'angle inférieur de l'incision adbominale;

(f) Fermeture de l'abdomen à l'aide de fils de bronze; et pansement avec compresses de gaze.

(g) Opérations complémentaires: 1° s'il existe une perforation utérine, hystérectomie; 2° si distension gastrique rebelle et vomissements incessants, gastrotomie; 3° entérostomie, si péritonite avec iléus dynamique, météorisme intense, arrêt absolu des matières et des gaz, après échec des lavages stomacaux et rectaux.

C. *SOINS POST-OPERATOIRES;*

(a) Position demi-assise, dite de Fowler;

(b) Pansement: changer les compresses matin et soir; injecter par les drains, des substances variées:

collargol, sérum de cheval, bouillon lactique, ou mieux introduire de l'oxygène à l'état gazeux (20 litres) sous faible pression;

(c) Sérum artificiel: administrer le sérum par injection sous-cutanée et à l'aide de la proctolyse de Murphy;

(d) Huile camphrée; injection intra-musculaire de 1 centimètre cube toutes les trois heures;

(e) Lavage de l'estomac contre les vomissements."

L'opinion des auteurs américains n'est pas aussi favorable à la laparotomie que celle des auteurs français ou européens. D'après de Lee, la laparotomie, dans la péritonite puerpérale diffuse, n'amènerait la guérison qu'une fois sur dix. Cragin a ouvert et drainé souvent l'abdomen et n'a jamais eu de succès. "Cependant, dit-il, comme la péritonite est généralement fatale sans opération, je crois qu'on peut, dans certaines conditions, tenter l'exploration de l'abdomen dans l'espoir d'y rencontrer une péritonite localisée à foyers multiples, plutôt qu'une péritonite généralisée."

D'après Williams, la laparotomie donne quelques bons résultats quand la péritonite est due au gonocoque, mais des résultats à peu près nuls quand elle est de cause streptococcique.

4° *LIGATURE ET RESECTION DES VEINES THROMBOSEES.* — A l'instar des auristes qui ligaturent et résèquent les sinus veineux latéraux, dans la mastoïdite, compliquée de thrombo-phlébite, les accoucheurs ont cru qu'il était possible d'obtenir la guérison de l'infection puerpérale, compliquée de thrombophlébite des veines du bassin, en ligaturant et en résé-

quant les veines thrombosées. Freund, Trendelenburg, Williams, Vineberg, Lejars, Faix, Vanverts, Pancot et autres ont eu quelques beaux succès à enregistrer à la suite de la ligature et de la résection des veines thrombosées.

L'unique indication de l'opération est la pyohémie. Le difficile, c'est d'établir le diagnostic de pyohémie; aussi ce traitement est-il encore à l'étude, et les accoucheurs sont encore peu enclins à le tenter, et seulement comme dernière ressource. La difficulté du diagnostic, et le fait que beaucoup de patientes guérissent sans opération et que beaucoup paraissent mourir par suite de l'intervention, qui auraient guéri sans elle, sont autant de facteurs qui découragent et détournent d'une telle opération. Cependant l'opération doit être très précoce pour avoir quelque chance de succès; si l'on opère trop tard, la malade peut mourir d'asthénie progressive, même après une amélioration passagère de l'état général.

Trendelenburg conseille d'opérer dès que la malade aura eu deux frissons nets, qui ne peuvent être dus qu'à la dissémination, par voies veineuses, d'embolies septiques. Michels trouve l'indication de l'opération dans la présence, sur le côté de l'utérus dans le ligament large, d'une tumeur dure et douloureuse. On peut encore se guider pour établir le diagnostic de thrombophlébite, sur la fréquence des grands frissons, le type rémittent de la fièvre, l'accélération du pouls, la palpation d'une masse dure, vermiforme, douloureuse, à la base du ligament large.

On a proposé trois procédés de ligature des veines :

1° Le procédé de Trendelenburg par voie extra-pé-

ritonéale. On opère comme au cours d'une ligature d'iliaque externe. On pratique une incision latérale, et par voie sous-péritonéale on va à la recherche des deux veines hypogastriques et des deux veines utéro-ovariennes que l'on ligature largement au-delà des régions thrombosées;

2° Taylor, de Bermingham, y allait par voie vaginale;

3° Aujourd'hui on préfère le procédé de Bumm, par voie transpéritonéale qui est plus sûre, plus facile, et permet d'agir simultanément des deux côtés. On pratique une incision abdominale médiane suffisamment large pour explorer des doigts et des yeux les veines thombosées. On incise le péritoine au-dessus de la limite supérieure de ces veines qu'on ligature au delà des thromboses; puis on résèque, si la chose paraît aisée, les veines thrombosées dans toute l'étendue de la portion oblitérée. On termine, en réparant, au catgut, les brèches péritonéales.

C. *TRAITEMENT SPECIFIQUE.* — Le traitement spécifique a pour but d'atteindre les microbes qui ont envahi l'organisme, de les neutraliser et de débarrasser le sang de leurs toxines. On peut tenter d'obtenir ce but de différentes manières: 1° par l'antisepsie générale ou par une influence bactéricide; 2° en stimulant la puissance bactéricide et antitoxique du sang; en renfonçant les défenses de l'organisme.

Les différents moyens, méthodes ou médicaments suivants ont été essayés ou préconisés pour obtenir l'un ou l'autre de ces résultats, ou les deux à la fois.

I. *INJECTIONS MEDICAMENTEUSES.* — Les injections médicamenteuses sous-cutanées n'ayant donné aucun résultat appréciable, on a eu vite recours aux injections intraveineuses. Toutefois il faut faire une exception pour l'injection sous-cutanée de térébenthine ou de sérum térébenthiné qui a donné de beaux succès; j'y reviendrai dans quelques instants.

Les injections intraveineuses sont faites avec: (a) une solution de mercure; (b) du salvarsan; (c) l'argent colloïdal.

(a) *Injection intraveineuse de mercure.* — En 1894, Barsony a expérimenté la solution de sublimé dans l'infection puerpérale. En 1909, au Congrès de Buda-Pesth, Barsony préconise les injections intraveineuses de sublimé. Il conseille d'employer les solutions à 5/1000, 3/1000 et 2/1000 dans du sérum physiologique. Il donne une première injection d'un centimètre cube de la solution à 5/1000, soit cinq milligrammes de sublimé. Lorsque la fièvre ne tombe pas. il pratique les jours suivants, matin et soir, une injection d'un centimètre cube de la solution à 3/1000. Quand des phénomènes d'intoxication surviennent, il cesse les injections pour les reprendre à la disparition des phénomènes d'intolérance. Il emploie alors des doses plus faibles de la solution à 2/1000.

Stowe, l'associé de Lee, a essayé ces injections dans 34 cas. Dans les mains de Stowe, ces injections ont été complètement inoffensives, mais n'ont pas donné de résultats appréciables. Leur avantage est d'augmenter la leucocytose, et d'élever le pouvoir opsonique.

Souligoux dit avoir eu de bons résultats avec le sublimé. Il a aussi employé avec succès l'injection in-

tramusculaire de cyanure de mercure, dont il injecte tous les jours un centimètre cube de la solution suivante:

Cyanure de mercure—un centigramme.

Stovaïne—un centigramme.

Eau—cent grammes.

Si l'infection persiste, Souligoux fait des séries de sept injections séparées par cinq jours de repos.

Les injections de mercure sont contre-indiquées dans les cas de néphrite et d'anémie prononcée.

(b) *Salvarsan.*—Quelques accoucheurs ont employé avec succès le salvarsan dans l'infection puerpérale. Je l'ai essayé une seule fois et je n'en ai eu aucun résultat.

(c) *Argent colloïdal.*— L'argent colloïdal se présente sous deux formes: 1° le collargol qui est obtenu par la méthode chimique; 2° l'électrargol qui est un produit obtenu par la méthode électrique; il a des grains beaucoup plus fins et il est parfaitement pur; aussi est-il capable de se résorber beaucoup plus aisément. Beaucoup d'accoucheurs préfèrent l'électrargol; cependant Netter pense que le pouvoir bactéricide du collargol est supérieur à celui de l'électrargol.

Le collargol et l'électrargol ont été expérimentés r les différentes voies:

1° *Voie cutanée.*—Crédé faisait un onguent dont voici la formule:

Collargol, 15 grammes.

Cire blanche, 10 grammes.

Axonge benzoïnée, 90 grammes.

Avec 1 à 3 grammes de cette pommade, il frictionnait, pendant 15 minutes, une région du corps bien lavée au savon et à l'éther. Cette méthode n'a donné aucun résultat heureux.

2° *La voie stomacale* essayée par Crédé, n'a pas donné plus de succès.

3° *La voie rectale* a été une faillite.

4° *La voie sous-cutanée* est cause de douleurs vives, persistantes. L'absorption du médicament est lente, et il se produit un thrombus noir.

Cette voie est abandonnée en clinique.

5° *Voie intra-musculaire.*—L'injection intra-musculaire constitue un très utile adjuvant aux injections intraveineuses dont elle renforce et prolonge l'action. On se sert de l'*électrargol* dont on injecte 10 à 15 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100, matin et soir, en plein muscle fessier.

6° *Voie intra-veineuse.* — C'est là la grande voie d'introduction du collargol ou de l'électrargol, la seule vraiment active, efficace.

Technique de l'injection intraveineuse.—Le manuel opératoire doit être aussi simple que possible. Il est inutile de dénuder la veine au bistouri. On n'aura recours à ce procédé qu'aux cas où la veine est inaccessible par suite de la surcharge graisseuse. On procède généralement par une ponction de la veine au travers de la peau. On choisit d'ordinaire une veine du pli du coude (médiane céphalique). Si cette veine n'est pas assez accessible, on peut faire l'injection dans toute autre veine de l'avant-bras, de la face dorsale de la main, de la jambe.

Après avoir stérilisé complètement l'endroit à piquer, on opère une constriction du membre un peu au-dessus, soit à l'aide d'une bande de toile, soit au moyen d'un tube en caoutchouc.

L'opérateur s'assied près de la malade, dans un bon éclairage, et fixe avec le pouce de la main gauche la veine, dans le but de l'immobiliser juste au-dessus du point où doit pénétrer l'aiguille, qui doit être d'une longueur d'à peu près 5 centimètres, avec un biseau court afin de ne pas pratiquer une transfixion de la veine. Une goutte de sang apparaissant à l'extrémité de l'aiguille indique que l'on est bien dans la veine. La seringue, préalablement remplie de la solution d'électrargol, et purgée soigneusement de la moindre bulle d'air, est adaptée sur l'aiguille. La bande constrictive est enlevée, et l'injection est poussée bien lentement. Il faut en même temps tenir l'aiguille aussi immobile que possible. Quand l'injection est terminée et l'aiguille retirée on applique soit une compresse stérilisée maintenue par une bande, soit un pansement au collodion.

La dose de collargol ou d'électrargol à injecter est de 10 à 15 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 qu'on trouve aisément dans le commerce en ampoule scellée.

L'injection intraveineuse n'est pas douloureuse. Elle n'offre des dangers ou des inconvénients que par l'imprudence ou l'inattention du médecin. Quelquefois, au cours de l'injection, la malade ressent une douleur au coeur, un malaise indéfinissable; elle éprouve de la suffocation qui disparaît assez vite. Est-ce là le résultat d'embolie gazeuse ou autre? Je n'ai jamais eu

d'accidents au cours ou à la suite des nombreuses injections intraveineuses que j'ai faites, cependant j'ai remarqué parfois ces malaises qu'éprouve la malade; pourtant je purge soigneusement ma seringue des bulles d'air et je fais l'injection d'une manière très lente. Pour éviter, prévenir ou faire disparaître rapidement ces indispositions de la patiente, je pratique, immédiatement avant l'injection, une piqûre de 2 milligrammes de strychnine, ou je tiens ma seringue de Pravaz chargée de strychnine prête à m'en servir au besoin.

Un accident qu'il faut éviter, c'est la transfixion de la veine, qui peut se produire soit au moment de l'introduction de l'aiguille, soit au cours même de l'injection. Si l'on fait une transfixion de la veine, il faut retirer l'aiguille pour la réintroduire plus haut ou même sur un autre vaisseau. Si l'on continuait à pousser l'injection, en dépit de la transfixion, on produirait un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané et périvasculaire. Cet épanchement plus ou moins volumineux, douloureux, de consistance dure, gêne les mouvements du membre, et peut même s'infecter et produire un abcès.

Un autre accident, heureusement très rare de l'injection d'electrargol, c'est l'hémorragie qui survient quelques heures après. Bonnaire, Tessier et Jeannin en ont vu des cas. Ces hémorragies sont multiples: utérines, nasales, gingivales, cutanées. D'ordinaire peu abondantes, elles sont parfois tenaces et mortelles. On ne peut encore donner aucune explication de ces hémorragies. Quelques accoucheurs, pour les prévenir, font précéder de quelques heures l'injection d'électrargol

d'une injection sous-cutanée de 10 c. c. de sérum de cheval.

Mode d'action du collargol. — L'argent colloïdal agit par: 1° son pouvoir antiseptique; 2° son action empêchante sur le développement des cultures microbiennes; 3° son influence sur la polynucléose; 4° *son pouvoir catalytique.*

Résultats de l'injection intra-veineuse.—Assez fréquemment dans les deux heures qui suivent l'injection, on observera un grand frisson et une élévation considérable de la température (40° à 41°). Cette réaction fébrile est d'ailleurs plutôt un bon signe qu'un mauvais. Dans les douze heures suivantes la température tombera en lysis.

D'après Jeannin, "*dans un quart des cas* environ, l'injection reste sans nul effet, ni immédiat, ni tardif. Environ, une fois sur 8 ou 10 cas la température *s'abaisse brusquement* à la normale après l'injection, et s'y maintient définitivement. Beaucoup plus fréquemment, la température ne revient à la moyenne qu'en trois ou quatre jours; après cette descente progressive en lysis, on observe de deux choses l'une: ou bien la guérison est désormais acquise; ou bien la température s'élève à nouveau et l'infection continue. Ces deux éventualités semblent se présenter avec une égale fréquence."

La principale indication de l'injection d'argent colloïdal est la généralisation de l'infection.

Vu la courte durée de l'action de cette injection, on a conseillé de la répéter tous les deux jours, en alternant avec une injection intra-musculaire jusqu'à ce que la température revienne à la normale. Je ne donne jamais d'injection intra-musculaire, parce que je la

trouve sans résultat positif, mais je répète l'injection intraveineuse tous les jours.

Quelques accoucheurs, au lieu d'employer l'argent colloïdal, ont essayé l'*or*, le *platine*, le *Rhodium*, le *radium à l'état colloïdal*, et ils en ont obtenu des résultats analogues à ceux de l'argent colloïdal.

II. *ABCES DE FIXATION, METHODE DE FOCHIER.* — Carles a défini cette méthode: "Une réaction locale pyogène, aseptique, créée à volonté dans le but d'atténuer ou de guérir une maladie infectieuse en imminence de suppuration." En effet, la méthode de Fochier consiste à créer artificiellement un foyer de suppuration, facile à traiter, dans le but de fixer en un point la septicémie qui a envahi l'organisme.

Pour obtenir ce résultat, il fallait trouver une substance à effet local bien limité et dont le pouvoir toxique fut nul en se diffusant dans un organisme déjà profondément infecté et affaibli; il fallait en même temps que la réaction produite localement put être suffisante, que le pus apparût vite et abondamment. Après des essais nombreux avec différents produits chimiques, Fochier en est venu à la conclusion que seule la térébenthine remplissait tous les desiderata voulus.

Technique.—Quelques accoucheurs conseillent de se servir de l'essence de térébenthine pure, rectifiée, ou au moins bouillie. Cette précaution n'est pas indispensable, puisque la térébenthine est par elle-même un des plus puissants antiseptiques; aussi peut-on employer l'essence de térébenthine du commerce, même celle épaissie par le vieillissement et l'oxygénation. Les ef-

fets de cette dernière sont plus prononcés et plus rapides, comme je l'ai très souvent observé.

La quantité à injecter est de 1 à 5 centimètres cubes. Quelques accoucheurs, Fochier entre autres, pratiquent matin et soir une injection d'un centimètre cube. Je préfère donner d'emblée et en une seule dose, de trois à quatre centimètres cubes. Fabre a pratiqué chez une malade vingt-cinq injections de 1 centimètre cube. Boissard cite un cas d'erreur thérapeutique dans lequel l'injection fut de 20 centimètres cubes en une seule fois: la malade a guéri.

Le point à choisir pour l'injection n'est pas quelconque. *On ne fera l'injection dans la région externe de la cuisse que dans les cas où*, pour une raison ou pour une autre, on ne pourra la pratiquer au *point d'élection qui est la région du flanc*, et, d'après Fochier, le milieu de la ligne qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure à la base du thorax. Faite partout ailleurs, l'injection devient douloureuse et dangereuse. La térébenthine sera poussée lentement dans le *tissus sous-cutané, non dans le muscle et encore moins dans le derme.* On ne pratiquera aucune malaxation de la région injectée, et on évitera tout écoulement intra-dermique du liquide en retirant l'aiguille.

Evolution de l'abcès.—L'injection en elle-même est rarement douloureuse. *Si l'abcès ne prend pas*, il y a un manque absolu de réaction locale; tout au plus peut-il exister parfois un peu de sensibilité de la peau pendant quelques heures, un peu de tuméfaction durant un jour ou deux; puis ces symptômes légers disparaissent sans laisser de traces. Parfois l'injection ne produit

rien, elle agit comme de l'eau. Il s'agit alors d'infections extrêmement graves.

Si l'abcès prend, c'est là le signe d'un pronostic d'un bon augure; la réaction inflammatoire se produit. Déjà quelques heures après l'injection, la douleur se manifeste, devient de plus en plus vive; elle est spontanée et exagérée par la pression, mais supportable. La tuméfaction est d'abord diffuse, puis elle se limite, se localise nettement en un point qui atteint le volume d'un oeuf de poule, ou d'une grosse orange: plus la tuméfaction est considérable, meilleur est le pronostic. La rougeur est généralement tardive; cependant on remarque parfois, douze heures après l'injection, un placard rouge qui s'agrandit plus ou moins rapidement.

Dans certaines circonstances ce n'est qu'après la troisième ou la quatrième piqûre que la réaction locale se produit et que la suppuration s'établit, apparaissant successivement au niveau de chacune des injections antérieures, en ordre inverse de leur ancienneté.

En deux ou trois jours, le pus se collecte; et si l'on ouvre l'abcès à ce moment, on peut en retirer de larges lambeaux à demi sphacélés, nageant dans un pus grumeleux encore riche en essence. Du huitième au douzième jour, le pus ressemble à du mastic jaune clair, épais et consistant; plus tard le pus est bien lié avec quelques débris à peine. *Le pus est absolument aseptique.*

L'abcès peut évoluer sans bruit, tiède ou même froid, à l'insu presque total de la patiente. J'ai même vu de ces abcès donner une quantité énorme de pus lorsqu'on les ouvrait, sans avoir donné le moindre malaise.

S'il n'apparaît aucune réaction locale, vingt-quatre heures après l'injection, on doit faire une seconde piqûre au même endroit ou du côté opposé; une troisième au besoin, et ainsi de suite jusqu'à ce que la suppuration s'ensuive. Après la formation d'un abcès, si la maladie ne semble pas jugulée, il ne faut pas, d'après Fochier, ouvrir l'abcès mûr avant d'avoir pris soin d'en provoquer un autre. Cependant j'ai remarqué assez souvent qu'après avoir ouvert l'abcès, sans en provoquer un autre, la température tombait et restait à la normale.

D'après Audebert, la défervescence n'a lieu le plus souvent qu'après l'incision de l'abcès. Mon expérience confirme l'observation d'Audebert. Il arrive parfois qu'après la formation et l'évacuation d'un abcès, l'infection semble disparaître: l'état général s'améliore, la température revient à la normale ou à peu près, le pouls tombe. L'amélioration persiste pendant quelques jours, puis la situation s'aggrave à nouveau. Il ne faut pas craindre alors de répéter l'injection de térébenthine et de provoquer un second abcès qui jugulera définitivement la maladie.

Il n'y a que peu ou point de réaction thermique au cours des abcès.

Il n'y a *aucune contre-indication* à la provocation d'un abcès artificiel.

Terminaison de l'abcès.—L'abcès peut se terminer: (a) par résorption spontanée quand la réaction locale a été faible; (b) par sphacèle de la peau, quand l'injection a été faite trop superficiellement ou que la térébenthine a fusé dans la peau au moment de l'extraction de l'aiguille; (c) par passage à l'état chronique,

l'abcès non ouvert et peu abondant se résorbant au bout de quelques mois; (d) par ouverture chirurgicale.

Traitement de l'abcès.—Pendant la période de formation de l'abcès, on applique, sur la région tuméfiée, des pansements humides et chauds, et même, d'après Fabre, des cataplasmes de farine de lin. Je pratique généralement l'injection en un point assez élevé pour y appliquer les compresses humides, tout en me laissant en-dessous, l'espace voulu pour continuer l'application de sacs de glace sur le bas-ventre.

Il ne faut pas se hâter d'inciser; il faut attendre que l'abcès soit bien collecté et sur le point de s'ouvrir (8 à 10 jours). D'un autre côté on ne doit pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, parce qu'alors la cicatrisation sera longue. Quand la peau est amincie, on y fera une courte incision au bistouri; souvent il vaut mieux faire une longue incision. On exercera de temps à autre de légères pressions sur l'abcès pour en faire sortir le pus. On n'appliquera aucun drainage; on pansera à plat et à sec. J'ai l'habitude d'injecter, par l'ouverture, un peu d'eau oxygénée pure: la guérison est plus rapide.

Valeur de la méthode de Fochier.—La valeur pronostique de la méthode de Fochier est très grande. Tous les auteurs sont d'accord sur ce premier point. En effet, tous ont observé qu'en général la formation d'un abcès marque le début de l'amélioration dans la marche de l'infection, amélioration qui persiste presque toujours. Lorsque le développement de l'abcès est rapide, le pronostic peut être considéré comme très bon. Cependant on a vu la mort survenir quand l'abcès avait pris rapidement et avait suppuré abondamment. Quand

la réaction locale est nulle ou n'est que momentanée, le pronostic est très sombre.

Contrairement à ce qu'en pensent un très grand nombre d'accoucheurs surtout les Américains, je crois que la méthode de Fochier a une valeur curative excellente, et je puis dire comme Fochier et Fabre: *"Je ne compte plus les cas de guérisons inespérées obtenues par cette méthode."*

Les insuccès de la méthode de Fochier sont due le plus souvent à ce qu'on a recours aux injections de térébenthine trop tardivement. Qu'on retranche des traités d'accouchement cette phrase: *"l'emploi des injections de térébenthine est indiqué dans les cas graves où l'infection générale domine et ne cède pas aux moyens ordinaires;"* qu'on remplace cette phrase par une autre ainsi conçue par exemple: "l'injection de térébenthine est indiquée quand l'infection se généralise et qu'elle a une tendance à devenir grave." Il ne faut pas essayer tous les traitements ordinaires avant de recourir à l'abcès de fixation; c'est donner à l'infection le temps de devenir trop grave; c'est espérer de la méthode un miracle sur lequel on ne peut pas toujours compter. Qu'on fasse l'injection plutôt hâtivement, et elle donnera beaucoup plus et plus souvent qu'on ne croit ordinairement. Je suis fermement convaincu que la méthode de Fochier a une valeur curative, qui donne même des succès inattendus dans les cas désespérés, c'est-à-dire quand elle est employée très tardivement et en dernière ressource, suivant la mauvaise habitude qu'en ont quelques accoucheurs, qui n'y ont recours qu'en désespoir de cause. L'expérience que j'en ai eue, dans un grand nombre de cas auprès desquels j'ai été

appelé tardivement, confirme amplement ma foi en cette méthode. Employée hâtivement, cette méthode est presque synonyme de guérison. Est-ce à dire que tous les cas d'infection cèderont à ce traitement? y a-t-il des remèdes infaillibles?

Mode d'action des abcès de fixation.—Les théories pour expliquer l'action bienfaisante de l'abcès dit de fixation n'ont pas manqué, et l'on peut dire comme Carles dans sa thèse:

"Autant d'auteurs, autant de théories". D'après Carles, qui résume les principales théories, les résultats obtenus doivent être rapportés:

"1° Aux propriétés antiseptiques, ozonisantes et stimulantes de l'essence de térébenthine.

"2° C'est affaire de révulsion, de dérivation, d'action substitutive.

"3° Diapédèse et action phagocytaire.

"4° Etat bactéricide du sang dû au travail des leucocytes.

"5° Elaboration de toxines au dehors du foyer atteint. Fochier s'est demandé si autour du foyer purulent ne naissent pas des substances solubles capables de vacciner tout l'organisme.

"6° Théorie de fixation. Migration des micro-organismes en même temps que des globules blancs vers le point nouvellement lésé.

Une telle explication paraît des plus simples; on conçoit très bien que par l'arrêt, l'enkystement des micro-organismes charriés par le sang, disparaissent tous leurs effets nuisibles. Plus de suppuration possible dans un organe quelconque, si les facteurs en sont atti-

rés, retenus et progressivement détruits en un point que le médecin a créé de toutes pièces.......

"Bien plus, d'après M. le prof. Arnozan, ce ne seraient pas seulement les microbes répandus dans l'organisme qui viendraient à tout jamais périr au niveau de l'abcès provoqué; ce seraient aussi tant de cellules usées par la lutte, hors d'état de vivre, mortes de leur victoire contre les toxines ou les éléments microbiens. Elles errent dans le torrent circulatoire d'un organisme devenu inférieur à sa tâche; ou bien s'accumulent et encombrent les foyers inflammatoires.

"D'après Kiener, Baillet et Solles, elles deviennent alors plus dangereuses que des microbes et constituent de vrais foyers pestilentiels, des milieux de culture tout préparés pour l'éclosion des suppurations secondaires.

"Véritable voie d'appel, l'abcès de fixation constituerait pour elles une sorte d'organe d'élimination. Doué d'un pouvoir cyto-pexique, il remplacerait avec avantage un foie surmené, devenu insuffisant".

Aujourd'hui l'on est surtout d'opinion que l'abcès dit de fixation agit en faisant, à son niveau, un appel, une concentration des germes pathogènes et une destruction locale de ces germes par l'action directe des phagocytes, soit en augmentant la leucocytose et en renforçant le pouvoir bactéricide du sang, soit par l'action antiseptique de l'essence de térébenthine.

D'après Fabre, la térébenthine agirait surtout par son action antiseptique. "Dans les cas d'absence de suppuration, dit Fabre, l'essence non émulsionnée n'est pas absorbée, ce qui explique l'insuccès thérapeutique, et la supériorité des injections de sérum térébenthiné

dans lesquelles la pénétration dans l'organisme est certaine."

Fabre préfère donc, dans la majorité des cas, utiliser les injections sous-cutanées de sérum térébenthiné, plutôt que les injections sous-cutanées de térébenthine pure, parce que d'après le premier procédé la térébenthine est plus sûrement et plus rapidement absorbée.

Mon habitude personnelle, depuis quelques années, est de recourir hâtivement et simultanément aux deux procédés, dans les cas d'infections puerpérales généralisées qui ne cèdent pas rapidement aux traitements ordinaires. Je considère qu'on ne doit rien négliger, dans une maladie aussi dangereuse, ne rien laisser au hasard, ne courir aucun risque, ne perdre aucune minute. Il faut doubler ou tripler les moyens qui peuvent nous assurer rapidement une victoire. Les jours, les heures même comptent dans l'infection; un tâtonnement d'un jour ou deux peut être fatal. De plus l'on sait parfaitement que souvent l'action d'un traitement renforce l'action d'un autre. D'ailleurs c'est le conseil de Fabre d'employer simultanément dans les cas graves les deux procédés; abcès de fixation et injection de sérum térébenthiné.

III. *METHODE DE FABRE OU TRAITEMENT PAR LE SERUM TEREBENTHINE.* — Dans le double but d'éviter la suppuration, qui peut parfois causer des délabrements considérables de la paroi abdominale, et d'obtenir une absorption plus rapide de la térébenthine qui agit d'une manière élective sur le streptocoque, Fabre a imaginé le traitement de l'infection par le sérum térébenthiné. Par ce dernier procédé, il se résorberait, dans le même espace de temps

(supposons 24 heures) cinq fois plus de térébenthine, que par le procédé de l'abcès de fixation.

L'injection de sérum térébenthiné donne une douleur plus immédiate mais moins durable que celle produite par l'abcès de fixation. La douleur est facilement calmée par les applications d'eau chaude. La douleur est un signe favorable. L'action est la même dans les deux cas; mais elle est plus rapide avec le sérum térébenthiné. En général, on constate une défervescence, 24 heures après l'injection de sérum, et, si l'on continue l'injection, l'amélioration se poursuit.

L'essence de térébenthine s'élimine par l'urine.

Fabre prescrit deux injections de sérum par jour, une le matin et une le soir. Il en fait jusqu'à 15 ou 20 et au-delà si l'infection se continue. Naturellement on change de région à chaque injection. Après quatre ou cinq jours, on peut piquer dans la région d'une ancienne injection; la douleur est un peu plus vive et c'est tout. Parfois, il persiste un petit noyau induré qui se résorbera à la longue ou qu'on sera obligé d'inciser tardivement s'il suppure.

"Dans les cas graves, dit Fabre, où il importe d'agir vite et énergiquement, on pourra sans inconvénient combiner les deux méthodes": abcès de fixation et injection de sérum térébenthiné.

Manuel opératoire (d'après Fabre) (a) *Liquide à injecter.*—Nous formulons ainsi:

Essence de térébenthine rectifiée	
Alcool à 92°	aa 1 gramme.
Agiter et ajouter à	
Sérum artificiel	200 grammes.

"Pour avoir une bonne émulsion, il faut procéder de la façon suivante: on mélange, par agitation, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine à 1 centimètre cube d'alcool fort; on verse le mélange dans 200 grammes de sérum artificiel, on agite; il se fait une émulsion fine qui permet l'injection.

"Il faut avoir soin d'agiter le mélange de sérum térébenthiné avant et pendant l'injection pour en maintenir l'émulsion.

"(b) Instrumentation. — Elle est la même que pour une injection de sérum artificiel ordinaire; dans les cas d'urgence, un entonnoir en verre suffit. Après désinfection soigneuse de la peau, l'aiguille est piquée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, à 5 centimètres de la ligne médiane, à la hauteur de l'ombilic. L'injection est faite sous pression faible et régulière de 1m, 25 à 1m, 40."

IV. *SEROTHERAPIE ET VACCINO-THERAPIE DES INFECTIONS PUERPERALES.* — Beaucoup d'auteurs ont fait des essais nombreux de traitement de l'infection par des sérums variés. Les résultats obtenus jusqu'aujourd'hui sont loin d'être encourageants.

En 1895, Marmorek proposait d'employer le sérum antistreptococcique seul, à l'exclusion de tout traitement local. Après la faillite de cette méthode, on employa le sérum comme adjuvant ou complément du traitement local, sans beaucoup plus de réussite. Pinard, entre autres, a conseillé fortement et a employé avec une constance, qui ne s'est pas démentie un seul instant, le sérum antistreptococcique comme prophylactique et curatif de l'infection puerpérale. Comme pro-

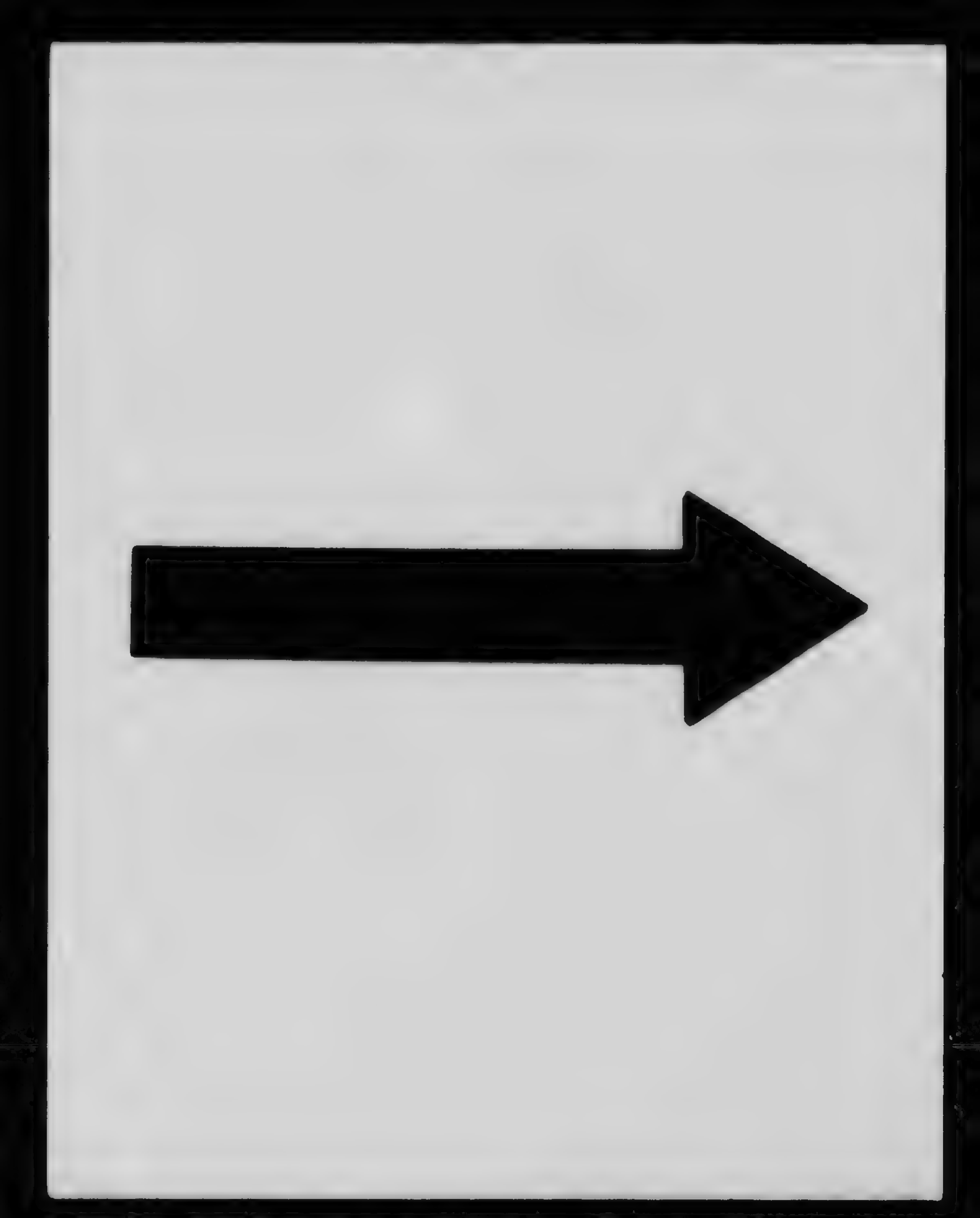
phylactique, le sérum n'aurait donné des résultats qu'à la Maternité de Baudelocque : les statistiques de toutes les autres maternités, où l'on a cessé de l'employer dans ce but vu les résultats nuls, en font foi ; comme curatif, presque tous les accoucheurs l'ont mis de côté, ou s'ils s'en servent ce n'est que dans des occasions tout à fait exceptionnelles et seulement comme adjuvant d'autres méthodes.

L'échec du sérum de Marmorek, qui peut avoir une action très nette sur tel streptocoque en particulier, se comprend facilement quand on sait qu'il existe des variétés différentes de streptocoques, que toutes les septicémies ne sont pas à streptocoques ou que, dans un grand nombre de cas, le streptocoque n'est pas à l'état de pureté.

Dans le but d'obtenir un sérum d'une action générale, Marmorek a essayé d'immuniser le même animal avec des streptocoques d'origine diverse. De même Van de Velde et Roux ont créé un sérum polyvalent, actif contre plusieurs variétés de streptocoques. Mais ces différents sérums n'ont pas offert beaucoup plus d'avantages, toujours à cause des origines bactériennes de l'infection.

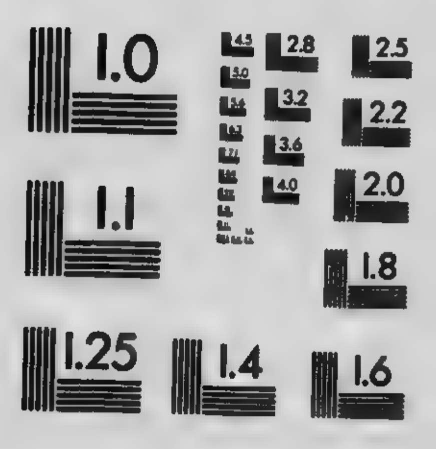
Le seul avantage des sérums serait, d'après certains auteurs, de favoriser la phagocytose ; ils ne neutraliseraient nullement les toxines, comme le fait le sérum antidiphtérique.

En tous cas, dans des circonstances favorables et tout à fait exceptionnelles, le sérum ne produirait un résultat quelconque qu'à haute dose, de 60 à 100 c.c. en 24 heures. Je pratique parfois des injections de sérum conjointement avec l'injection de térébenthine.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





Quelquefois les deux médicaments employés simultanément ont paru donner des résultats plus rapides et plus probants que l'abcès de fixation seul. L'emploi du sérum offre si peu d'inconvénients qu'il est permis ou même utile d'y avoir recours parfois.

L'emploi du sérum peut présenter quelques inconvénients. L'injection de sérum est quelquefois suivie d'une élévation de température d'un demi-degré ou d'un degré, pouvant se prolonger deux ou trois jours, et accompagnée d'un malaise spécial. Après un temps variant de trois à vingt jours on peut voir survenir des érythèmes, de l'urticaire, des douleurs articulaires très fortes, ou même au gonflement des articulations simulant des arthrites pyohémiques. L'albuminurie est fréquente après l'emploi du sérum. Les injections peuvent même donner lieu à des abcès tardifs.

Les Américains ont tenté sur une grande échelle la *vaccino-thérapie* qui n'a pas eu plus de succès que la séro-thérapie. Les succès obtenus par Sir Almroth Wright dans le traitement des infections à staphylocoques et à gonocoques par des vaccins bactériens ont fait naître l'espoir qu'une méthode heureuse avait été découverte pour guérir l'infection puerpérale. En 1910, la Société de Gynécologie Américaine a nommé une commission composée de Williams, Cragin et Newell, pour étudier la valeur thérapeutique des vaccins dans l'infection puerpérale. Après une étude approfondie des observations se rapportant au traitement de l'infection puerpérale par les vaccins, la commission en est venue à la conclusion qu'il y avait peu à attendre de ce traitement dans l'infection généralisée aiguë, type

de l'infection puerpérale qui demande le plus d'assistance.

Cependant quelques accoucheurs, entre autres Polak, ont encore confiance dans l'emploi des dérivés bactériens polyvalents *"Mixed infection phylacogen"*, dans ces infections aiguës; mais la majorité des accoucheurs en a abandonné l'emploi dans ces cas.

Dans l'infection aiguë non-seulement le phylacogen est inutile, mais il peut être dangereux d'après de Lee. Dans les infections chroniques, la cellulite suppurée, la périmétrite, le pyosalpinx, la thrombophlébite, l'emploi des vaccins donnerait peut-être quelques succès. C'est surtout dans les infections à staphylocoques, à gonocoques ou à colibacilles qu'on en obtiendrait quelques résultats passables.

Le vaccin autogène, c'est-à-dire celui qui est préparé avec les micro-organismes propres à la malade, serait préférable au vaccin animal.

L'avantage du vaccin est d'augmenter la résistance des leucocytes.

V. *LAVAGE DU SANG.* — On a prôné hautement les injections de sérum salé ou physiologique dans l'infection puerpérale, dans le but de faire un véritable lavage du sang, de produire une irrigation de l'organisme.

Le sérum est introduit dans l'organisme de différentes manières. De Swiecicki faisait absorber un litre de solution salée, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures, au moyen d'une sonde stomacale. On peut se servir surtout de la voie sous-cutanée, de la voie rectale, parfois de la voie intra-veineuse. Burtenshaw a proposé la voie intra-péritonéale. Dans

une boutonnière de 4 centimètres, faite à la paroi abdominale, Burtenshaw introduit, en même temps, la canule de l'injecteur profondément vers le bassin, et un gros drain pour assurer le retour du liquide. Il continue l'irrigation sans interruption pendant une heure, en faisant tourner la malade alternativement d'un côté et d'autre, pour baigner toute l'étendue du péritoine.

L'injection de sérum par voie sous-cutanée ou intraveineuse peut être de 1000 grammes. On peut même dépasser cette quantité et introduire 4 à 5 litres par 24 heures; cependant il n'est pas prudent de donner des doses massives à cause de la rétention des chlorures, de la surcharge du système circulatoire ou de l'œdème du poumon.

Aujourd'hui l'on a surtout recours à l'appareil de Murphy pour administrer la solution physiologique; c'est l'infusion lente par le rectum, goutte à goutte, 30 à 40 à la minute. Quand le rectum devient intolérant on met l'appareil de Murphy d'une manière intermittente.

Les avantages du sérum seraient de laver le sang en diluant les toxines, de favoriser la diurèse, de stimuler le coeur, d'agir sur la peau et l'intestin, de relever la tonicité des vaisseaux, d'augmenter la leucocytose, en un mot d'améliorer la résistance générale de la patiente.

Les injections de sérum sont utiles surtout dans les cas d'infection chez les femmes affaiblies par des pertes notables de sang au cours de l'accouchement.

D. *TRAITEMENT GENERAL DE L'INFECTION PUERPERALE.* — Le traitement général consiste à mettre la femme dans les meilleures conditions

possibles pour améliorer sa santé et pour lutter contre l'infection. On ne doit négliger rien de ce qui peut augmenter la résistance de la malade.

La première indication est d'isoler la patiente dans une chambre bien ventilée, largement aérée, loin de tout bruit. Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement les fenêtres. On défendra les visites; on éloignera toutes les inquiétudes; on procurera le repos physique et mental; on surveillera le sommeil, et s'il le faut on donnera, sans crainte, la morphine ou le chloral, etc. Contre les douleurs on emploiera la morphine. Calmer la douleur, qui est toujours déprimante et fatigante, et procurer un sommeil réparateur c'est aider la malade à prendre rapidement le dessus. Toute personne qui approchera la malade devra avoir une mine encourageante, des paroles aimables et pleines d'espoir.

Dans les cas graves, l'enfant ne sera plus apporté au sein. L'allaitement fatigue la patiente, et lui enlève les forces qui sont absolument nécessaires pour combattre l'infection. De plus l'enfant peut finir par souffrir de l'infection d[illegible] mère. Il est toujours dangereux de faire absorber du lait de femme infectée à un enfant sain, et de multiplier les points de contact entre une mère malade et son nonveau-né. Tout au plus faut-il admettre *qu'on peut laisser allaiter toute femme dont l'infection est très légère, locale et bien supportée,* et à la condition de surveiller attentivement le nourrisson; mais on devra supprimer l'allaitement toutes les fois que l'infection a tendance à se généraliser, ou que la résistance de l'organisme est faible.

L'alimentation sera aussi généreuse que l'estomac et l'intestin pourront la supporter. Parce qu'il y a de

la fièvre ce n'est pas une raison de mettre la patiente à une diète sévère. Les aliments seront aussi nutritifs que possible, sous un petit volume, et surtout de facile digestion: viande grillée, viande crue et pulpée, oeufs crus battus ou à peine cuits, bouillons, thé de boeuf, huîtres crues, lait koumis, képhir, crème glacée. La patiente prendra boissons en abondance: lait pur ou coupé d'eau de Vichy, thé, café. L'alcool sous forme de vin, cognac, champagne, etc., coupé d'eau, est souvent utile.

Quand il existe des *nausées* et des *vomissements*, on donnera le lait coupé d'eau de Vichy, le bouillon de légumes, le képhir, le Koumis, le champagne frappé; parfois il faut cesser toute alimentation par l'estomac et avoir recours à la voie rectale. Les lavages de l'estomac réussissent bien quelquefois contre les vomissements persistants. S'il y a dilatation de l'estomac, on fait coucher la malade sur le ventre et on exhausse le pied du lit, ou l'on pratique le lavage de l'estomac.

On surveillera les *fonctions intestinales*. S'il en est nécessaire, tous les jours on administrera un laxatif, occasionnellement un lavement et parfois un purgatif. Souvent il faut ajouter les antiseptiques de l'intestin: salol, benzo-naphtol, salicylate de bismuth. Quand il existe de la diarrhée, il ne faut pas se hâter de l'arrêter, parce que c'est une manière particulière à la nature de débarrasser l'organisme des toxines. Si la diarrhée trop abondante paraît épuiser la malade, on cherche à la combattre par les antiseptiques de l'intestin; salol, benzo-naphtol, salicylate de bismuth, charbon, auxquels on ajoute parfois, mais exceptionnellement, de très petites doses d'opium. On peut aussi dans ces cas avoir

recours aux lavements d'empois et d'opium. Contre le *météorisme* dans la péritonite, on peut essayer les lavements composés de parties égales de lait et de mélasse (une chopine). Ce lavement facilite la sortie des gaz. Le salicylate de physostigmine, à dose d'un milligramme toutes les 4 heures, jusqu'à concurrence de quatre doses, procure souvent beaucoup de soulagement. Le tube rectal est aussi indiqué dans le météorisme.

On prêtera une attention particulière aux *urines*. L'analyse en sera faite assez fréquemment. Contre la diminution des urines, on administrera les diurétiques, l'hexamethylamine, l'urotropine, le benzoate de soude, etc. En cas d'albuminurie on prescrira le régime lacté. Contre l'insuffisance notoire de l'élimination des chlorures, on aura recours au régime déchloruré.

L'hygiène *de la peau* sera assurée par une grande toilette de tout le corps, une fois ou deux par jour, au moyen d'eau tiède et de savon doux, et ensuite par une très légère friction avec un tampon de coton absorbant imbibé d'alcool pur ou additionné d'eau.

Pendant les *frissons*, la patiente sera bien enveloppée de couvertures chaudes, et on lui administrera des boissons chaudes. Si le frisson se prolonge, on peut faire une piqûre de morphine.

Pour combattre *l'hyperthermie, certains accoucheurs* donnent les médicaments antithermiques, tels que la quinine, la phénacétine, l'aspirine. Je crois que les antithermiques font plus de mal que de bien. Les antithermiques ne combattent nullement la cause de l'infection; bien souvent ils en masquent le principal symptôme, et de plus bien souvent, ils fatiguent l'esto-

mac de la patiente qu'il faut à tout prix conserver en bon état.

La grande entéroclyse froide contre l'hyperthermie est un moyen désagréable, fatigant et en général mal supporté. Les *bains froids*, préconisés par quelques accoucheurs, peuvent être plus facilement donnés dans une maternité qu'en clientèle privée. Ils seraient indiqués lorsque la température se maintient sans rémission notable autour de 40 degrés, en dépit du traitement ordinaire, Ils seraient répétés toutes les trois ou quatre heures jusqu'à ce que la température oscille aux environs de 38°. L'eau du bain, d'abord à 30°, doit être refroidie progressivement jusqu'à 25°, 20° ou même 18° en cas de forte hyperthermie.

Les bains froids combattent l'hyperthermie, favorisent la diurèse et luttent contre l'adynamie. D'un autre côté, ils fatiguent souvent la malade et peuvent avoir de mauvais effets sur un coeur déjà affaibli. Ils sont contre-indiqués dans la paramétrite, la périmétrite, la phlegmatia alba dolens, la myocardite, la péritonite et dans tous les cas où il existe de la suppuration.

Les ablutions froides, ou les enveloppements dans un drap mouillé sont très bien supportés et plus utiles que les bains froids. En général le sac de glace, appliqué en permanence sur l'abdomen, vaut mieux pour abaisser la température.

On peut combattre la *tachycardie*, compagne habituelle des hautes températures, par l'application d'un sac de glace sur la région précordiale.

Comme *tonique* on peut employer l'alcool à doses plutôt élevées sous forme de grogs, vin, champagne, de

potion de Todd. J'emploie couramment la potion suivante qui me donne toujours de bons résultats :

Extrait de quinquina	8 grammes
Teinture de cannelle.	8 grammes
Sirop d'oranges	30 grammes
Vin rouge.	90 grammes
Cognac.	90 grammes

Une cuillerée à table dans un peu d'eau toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'alcool n'est pas nécessaire dans les cas légers d'infection, quand le pouls est bon et que la patiente n'en fait pas usage habituellement. Si la patiente en a l'habitude on lui donnera ses doses ordinaires. L'alcool produit de bons effets dans certains cas de toxémie profonde, de grande prostration, à la suite d'endométrite streptococcique grave et d'infection généralisée. Ses effets sont remarquables quand la langue est chargée, le pouls faible et rapide, et quand il y a du *délire.* On en règle la dose d'après les effets obtenus.

Quand la malade ne s'alimente pas suffisamment, on peut pratiquer des *injections sous-cutanées* de *sérum artificiel* à doses moyennes de 250 à 300 grammes par jour, par moitié matin et soir. Avant d'avoir recours au sérum artificiel, il faut s'assurer que les urines sont normales comme quantité et comme qualité, et qu'il n'y a pas d'œdème.

Le plasma de Quinton (eau de mer isotonisée), à la dose de 100 grammes, donne de bons résultats dans les cas graves et prolongés.

Pour chercher à favoriser la défense de l'organisme, on a songé à provoquer l'hyperleucocytose par différents moyens. Hofbauer, Schauta et autres ont don-

né de la proto-nucléine à la dose de 5 à 10 grammes, et en ont observé de bons résultats. D'autres auteurs ont essayé les injections intra-musculaires de 1 gramme de solution de nucléinate de soude. Dans le même but, Bouchard se sert de la préparation suivante qui donne quelques résultats satisfaisants:

Chloroforme pur	5 grammes
Cognac..	85 grammes
Limonade gazeuse	900 grammes

Quand le *coeur a tendance* à faiblir, chez les patientes très déprimées, il faut administrer la strychnine, la caféine, l'huile camphrée, la digitale. Beaucoup d'auteurs conseillent de donner la strychnine et l'alcool dans ces cas. Shears préfère la digitale, qui lui a donné de meilleurs résultats, quand le pouls est rapide et faible. Shears emploie la digitale sans crainte, et il se vante d'en avoir eu des résultats remarquables. L'expérience de de Lee ne confirme pas les succès des autres auteurs avec la strychnine et la digitale. Au contraire, pour Cragin, l'alcool, la strychnine et la digitale composent un trio dont chaque médicament séparément ou les trois ensemble peuvent être employés avec beaucoup d'aventages pour maintenir la force de la circulation.

L'état mental de la patiente doit être surveillé avec une attention scrupuleuse. On doit encourager la malade, la rassurer, lui donner l'espoir et l'assurance d'une guérison certaine et prompte. Il est hors de tout doute que l'esprit et le moral peuvent beaucoup dans la lutte contre l'infection.

TROISIEME PARTIE

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

Du côté de la mamelle on peut observer : (A) des anomalies du sein ; (B) des anomalies de la sécrétion lactée ; (C) les infections mammaires et (D) les tumeurs qui n'intéressent nullement l'accoucheur ; aussi je laisserai de côté ces dernières.

CHAPITRE I

ARTICLE I

ANOMALIE DE LA MAMELLE. — Les anomalies d'ordre anatomique portent sur le nombre, la forme et le volume des seins.

Il peut y avoir anomalie par défaut *ou amastie*, et anomalie par excès ou *polymastie*. Ces deux anomalies sont congénitales. L'atrophie et l'hypertrophie sont des anomalies physiologiques ou acquises, n'apparaissant qu'à la puberté ou pendant la grossesse.

L'amastie est l'absence totale ou partielle d'un ou des deux seins ; elle est rare. L'amastie est complète quand seul persiste le mamelon avec ou sans aréole. L'amastie complète ou incomplète peut être unilatérale ou bilatérale.

L'absence congénitale du mamelon avec persistance de la glande constitue l'*athélie*, qui est plus rare que l'amastie.

La *polymastie* est caractérisée par la présence d'une

ou de plusieurs mamelles surnuméraires. La polymastie est complète ou incomplète : complète quand la mamelle est bien conformée ; incomplète quand le mamelon manque. Le nombre des mamelles accessoires varie de un à huit. Leur situation est également variable : l'aisselle, la poitrine, l'abdomen, les grandes lèvres, la racine de la cuisse, l'épaule. Les mamelles supplémentaires peuvent être rudimentaires ou atteindre le volume d'un sein normal. Parfois elles peuvent donner du lait comme la glande normalement située.

Il ne faut pas prendre pour une mamelle surnuméraire, un *lobule glandulaire aberrant.* "Ces lobes, dit Baumgartner, ne sont que l'exagération des prolongements principaux de la glande normale, dont Merkel a distingué trois variétés : l'inféro-externe, l'interne, la supéro-externe ou axillaire. Leur pédicule peut s'effiler au point de passer inaperçu. Mais le lobe aberrant est isolé dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il n'est pas adhérent à la peau ; aucun canal galactophore ne vient s'ouvrir à l'extérieur au niveau d'une dépression des téguments ou au milieu d'une aréole, comme cela se voit dans l'athélie. Il n'y a pas de centre d'invagination cutanée, par conséquent pas de mamelle surnuméraire."

La *polythélie* est constituée par la présence d'un ou plusieurs mamelons surnuméraires sur le même sein, c'est-à-dire qu'il n'y a qu'une glande pour deux mamelons. Le sein peut se vider par la succion faite indifféremment sur l'un ou l'autre mamelon. Le mamelon surnuméraire peut être extra-aréolaire ou intra-aréolaire.

En dehors de ces deux anomalies congénitales du mamelon, l'athélie et la polythélie, qu'on rencontre as-

sez rarement, on peut constater des malformations congénitales ou acquises du mamelon, qui peuvent empêcher l'allaitement ou le rendre plus difficile et plus dangereux: le mamelon peut être court, ombiliqué ou invaginé. Dans le cas d'ombilication, le mamelon bien conformé est entouré d'une dépression, que surplombe un bourrelet cutané, analogue à celui de l'ombilic; le bout de sein est comme avalé. L'invagination n'est qu'un degré plus avancé de l'ombilication, avec cette différence que le mamelon est lui-même retourné en doigt de gant.

A ces différentes anomalies on peut encore ajouter le mamelon fissuré et le mamelon en forme de mûre.

ARTICLE II

ANOMALIES DE LA SECRETION LACTEE. — Les anomalies de la sécrétion lactée sont. 1° l'ologalactie ou l'agalactie, qui est une absence complète de sécrétion lactée; 2° la polygalactie ou galactorrhée; la polygalactie ou polygalie serait constituée par une augmentation considérable de la quantité de lait sécrétée pendant le temps normal de l'allaitement jusqu'à 1,200 grammes et même 7 litres par jour; la galactorrhée est un écoulement surabondant de lait, au cours ou après cessation de l'allaitement; 3° le lait peut être modifié dans sa composition qui n'est plus normale.

ARTICLE III

ENGORGEMENT DES SEINS.—Avant d'entrer dans le vif de la question qui fait le sujet de cette troisième partie: *des affections de la mamelle,* titre que-

j'aurais dû faire suivre des mots: *pendant la période puerpérale,* je veux parler de l'engorgement des seins qui ne constitue pas une entité morbide mais plutôt un trouble fonctionnel passager de la mamelle.

L'engorgement est une simple exagération de la distension de la mamelle, qui se produit normalement au moment de l'établissement de la sécrétion lactée, le troisième ou le quatrième jour des suites de couches: c'est une surdistension de la mamelle. On croit en général que l'engorgement est dû à la surproduction de lait dans la glande mammaire; c'est à demi vrai. L'engorgement est dû, peut-être autant à la stase dans les vaisseaux lymphatiques et veineux, qu'à la distension par le lait.

SYMPTOMES. — Les seins deviennent tendus, durs, pesants, chauds, souvent œdématiés, et extrêmement sensibles à la moindre pression. De larges veines bleuâtres apparaissent facilement sous la peau. Les ganglions axillaires sont énormément gonflés, et même toute la région axillaire est œdématiée. Les mamelons sont aplatis et l'enfant ne peut les saisir; la sécrétion lactée peut même être suspendue. La patiente souffrante se tient les bras éloignés du corps.

Cependant, malgré le malaise qui résulte de cet engorgement, la température générale n'en est pas plus élevée: il *n'y a pas de fièvre de lait.* Si la température s'élève à ce moment, on en trouvera toujours la cause, en la cherchant soigneusement, au tractus génital: utérus, vagin ou périnée.

Chez les personnes nerveuses et irritables, l'action réflexe du trouble circulatoire du côté des seins engorgés peut quelque peu faire monter le pouls, mais

n'influence nullement, comme semblent encore le croire certains auteurs américains, la température qui doit rester toujours à la normale, s'il n'y a pas d'infection quelque part.

Quelques auteurs américains ont appelé *Caked breast* l'engorgement des seins qui se manifeste le troisième ou le quatrième jour des suites de couches; par contre, certains autres auteurs réservent cette expression de *Caked breast* à un engorgement local, affectant un ou plusieurs lobules ou lobes du sein. Cet engorgement local, dû à l'obstruction d'un ou de plusieurs conduits galactophores, survient à la suite d'une simple congestion ou d'un traumatisme datant d'une époque antérieure à la grossesse. Le *caked breast* ne se termine pas généralement par un abcès ou une mastite; mais il est facile de comprendre que les microbes qui séjournent souvent dans les vaisseaux galactophores peuvent atteindre le lobule engorgé et y développer leurs propriétés nocives. Une manipulation un peu rude du sein et un massage mal fait seront suffisants pour déterminer l'infection.

TRAITEMENT. — Laissé à lui-même, l'engorgement disparaît ordinairement en un jour ou deux; mais la succion répétée, le massage rude, le tire-lait souvent appliqué semblent produire quelquefois un effet contraire à celui qu'on en attend, parce que ces manœuvres augmentent la suractivité qui s'est produite au sein. On obtiendra de meilleurs résultats en diminuant la quantité des liquides que prend la mère, en administrant des purgatifs salins, et en appliquant sur les seins de la glace, suivant quelques auteurs, ou mieux des compresses humides chaudes, d'après la majorité des accoucheurs.

J'emploie de préférence des compresses chaudes à l'acide borique, renouvelées toutes les heures ou toutes les deux heures. On a aussi conseillé un bandage compressif; il est toujours douloureux.

Les auteurs américains préconisent le massage du sein. Je crois que le massage fait plus de tort que de bien, il peut facilement léser les acini. Mal fait ou répété fréquemment, il irrite le sein davantage; il devient douloureux et expose facilement aux lésions qui conduiront aux abcès.

de Lee, Shears et Williams ne pratiquent pas le massage de la même manière. Le premier l'exerce du centre vers la périphérie, tandis que les deux autres le font de la périphérie vers le centre. Voici ce que conseille de Lee.

L'opérateur se stérilise les mains et les enduit d'albolène ou d'huile stérilisée (parties égales d'huile d'olive et de laudanum). Le premier temps consiste à exercer une compression uniforme sur tout le sein. Les deux mains sont appliquées sur le sein aussi également et aussi doucement que possible; puis elles le compriment énergiquement contre la poitrine. Cette manœuvre qui n'est nullement douloureuse, chasse le sang et la lymphe de la glande. Cette compression uniforme sur tout le sein étant exercée pendant quelques minutes, on exécute, avec une main des mouvements circulaires qui partent du mamelon et se dirigent vers la périphérie. Plus on approche de la périphérie plus les pressions doivent être fortes. L'autre main tient fermement le sein. Après avoir exercé, par deux fois, ces mouvements circulaires du centre à la périphérie, on saisit le sein d'une main, pendant que l'autre pratique une

pression de la périphérie vers le centre ou le mamelon, pour faire sortir le lait des vaisseaux galactophores. Ces différentes manœuvres procurent beaucoup de soulagement à la patiente, même s'il ne sort pas de lait du sein. On termine en appliquant un bandage uniforme et serré.

Shears et Williams, contrairement à de Lee, exercent de suite des mouvements de la périphérie vers le centre. Shears saisit le sein, à la périphérie entre ses deux mains qu'il rapproche l'une vers l'autre en gagnant le mamelon.

Le but du massage n'est pas tant de vider le sein du lait qu'il contient, que d'égaliser ou de diminuer la tension produite dans la mamelle par la surabondance du sang et de la lymphe.

CHAPITRE II

INFECTIONS MAMMAIRES

Les complications infectieuses du côté des seins, sans avoir la grande fréquence que leur attribue Maygrier, ne sont pas rares dans les suites de couches. Ces accidents pendant l'état puerpéral sont : 1° les érosions, les fissures, les gerçures, les crevasses du mamelon ; 2° les lymphangites ; 3° la galactophorite ; 4° les phlegmons et les abcès du mamelon et de l'aréole ; 5° les phlegmons et abcès glandulaires ; 6° les phlegmons et abcès du tissu cellulaire sous-cutané ; 7° le phlegmon rétro-mammaire.

ARTICLE I

EROSIONS, FISSURES, GERCURES, CREVASSES DU MAMELON.

L'érosion n'est rien autre chose qu'une abrasion de la surface du mamelon, à peine visible à l'oeil nu, mais extrêmement sensible et capable de causer des douleurs atroces à la femme pendant l'allaitement. L'érosion peut être aussi la conséquence d'une phlyctène ou d'une vésicule produite par la succion. La simple érosion peut devenir une excoriation. L'épiderme se desquame et paraît enlevé comme avec l'ongle. Le derme, mis à nu, s'excorie, s'ulcère et saigne à chaque effort de succion. La surface dénudée du mamelon peut présenter un aspect framboisé par suite de l'hypertrophie des papilles.

Les érosions et les ulcérations du mamelon sont consécutives au traumatisme que provoquent les succions répétées, à la macération de l'épiderme due à l'humidité de la bouche de l'enfant, et à la stase sur le mamelon du lait qui s'écoule souvent entre les tétées.

Les érosions apparaissent dès la première semaine, généralement du troisième au cinquième jour, quelquefois beaucoup plus tard. Le premier symptôme est une douleur plus ou moins aiguë pendant l'allaitement. Les érosions siègent à l'extrémité du mamelon, ou à l'union entre le mamelon et l'aréole ou même sur l'aréole.

Si les mêmes causes d'irritation et de macération se continuent, l'excoriation se creuse de plus en plus, s'allonge en général sous forme de fente et prend le nom

de *fissure*, de *gerçure* ou de *crevasse*, suivant son étendue et sa profondeur. Les fissures ou crevasses peuvent être simples ou multiples, transversales, radiées ou circulaires, de dimension variable. Parfois elles contournent tout le mamelon qui paraît sur le point de se détacher. On a même vu des mamelons, minés, disséqués à la base, tomber tout d'une pièce sous l'effet de la succion.

Les fissures et les crevasses constituent surtout un accident de la lactation; mais on peut les rencontrer chez les accouchées qui n'allaitent pas (Velpeau). D'après de Lee, Winckel et Maygrier la moitié des nourrices en seraient atteintes. Suivant Tarnier la moitié des primipares en sont affligées.

Les primipares, les femmes blondes, lymphatiques, à peau fine, et celles qui souffrent d'eczéma y sont particulièrement prédisposées. La mauvaise conformation du mamelon, (mamelon court, ombiliqué, aplati), est souvent la cause première des lésions: les efforts de succion plus considérables que fait l'enfant blessent le mamelon. La vigueur de l'enfant peut y être pour beaucoup aussi.

En outre des douleurs atroces qu'elles déterminent au moment des tétées, les crevasses peuvent être la cause de complications ennuyeuses et sérieuses: lymphangites, galactophorites, abcès. Chez certaines femmes, les douleurs sont si vives, qu'on est obligé de cesser l'allaitement. Ces femmes s'énervent, perdent le sommeil, et la sécrétion du lait ne s'établit plus chez elles que d'une manière très imparfaite.

Souvent la tétée ouvre les crevasses même peu profondes et les fait saigner; l'enfant avale le sang mêlé

au lait et le rejette après par les vomissements ou les selles. Dans ce cas, il faut être sur ses gardes et ne pas porter de suite un diagnostic d'hématémèse ou de melaena. Il faut en pareil cas, suspendre temporairement l'allaitement.

La douleur produite au moment des tétées peut provoquer quelquefois une réaction fébrile.

Les lésions du mamelon, si elles ne sont pas trop marquées, *guérissent* très vite dès qu'on *suspend* l'allaitement; d'un autre côté, si elles sont profondes, elles peuvent être lentes à se cicatriser lorsque la succion les rouvre fréquemment. Elles peuvent persister pendant trois ou quatre semaines et même au-delà.

TRAITEMENT. — Le traitement est prophylactique et curatif.

(a) *TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.* — Le traitement prophylactique est pratiqué pendant la grossesse et après l'accouchement. Marx conseille à la femme enceinte de supprimer le corset, de se mettre du coton sur la mamelle et d'oublier l'existence de son sein, et il prédit qu'elle n'aura pas de crevasses au mamelon. L'avis a du bon; il est facile à suivre; mais s'y conformer ne préviendra certainement pas toujours les lésions du sein. En effet l'on sait que certaines femmes, de par leur constitution, l'état de leur peau, la conformation de leur mamelon, sont prédisposées aux affections du sein; aussi faut-il préparer longtemps à l'avance les seins aux nouvelles fonctions de l'état puerpéral.

Dans les deux derniers mois de la grossesse, la femme portera une attention toute particulière à la toilette de sa poitrine. Le matin, au moins, elle veillera

à la propreté de son sein comme à celle de son visage et de ses mains. Elle se savonne bien la mamelle et surtout le mamelon avec un savon doux et un tampon de coton hydrophile; puis elle se trempe les doigts dans une huile aseptique et fait du massage du mamelon pendant quatre à cinq minutes. L'huile a l'avantage sur les liquides astringents de conserver ou même d'augmenter la souplesse de la peau, et de n'y pas produire une sorte de tannage qui la rend comme cassante et crevassante. Certains accoucheurs remplacent l'huile par de l'albolène, du beurre de coco.

On peut faire des frictions, matin et soir, sur le mamelon, avec les doigts et un liquide stimulant ou astringent (cognac, rhum, teinture de quinquina, d'écorce de chêne, de coing, etc.) mais il faut donner la préférence au *cognac* ou à la teinture de *quinquina.* Beaucoup d'accoucheurs pratiquent les lotions avec de l'eau alcoolisée de plus en plus chargée, ou avec un mélange, à parties égales, d'alcool et de glycérine. Aux femmes blondes, à cheveux roux, et à celles qui ont les mamelons sensibles, on conseille d'employer la préparation faiblement astringente suivante:

Glycérolé de tannin	15 p.
Teinture de lavande comp.	30 p.
Eau distillée	80 p.

On laisse sécher sur le mamelon, puis on enduit le mamelon d'un onguent doux.

Quand les mamelons sont plats, peu saillants, effacés, rétractés ou ombiliqués, on peut essayer, de différentes manières, de corriger ces vices de conformation de la nature. Durant les quinze derniers jours de la grossesse, Auvard emploie une téterelle bi-aspiratrice

composée d'une capsule en verre, à laquelle s'adaptent deux tubes en caoutchouc, destinés l'un à la mère et l'autre à l'enfant. Le tube inférieur (destiné à l'enfant) est débarrassé de la tétine et plongé dans de l'alcool. La femme applique la capsule de verre sur son sein et elle fait des aspirations par le tube supérieur. Cette opération remplit un double but : elle étire et développe le mamelon par la succion et elle le fortifie par le bain d'alcool. Charles remplace la téterelle par une ventouse en caoutchouc, dans les cas où le mamelon ne ressort pas suffisamment. Il l'emploie après chaque friction qui a duré de trois à quatre minutes. Il laisse la ventouse en place pendant cinq minutes. Une pipe bien propre et aseptisée peut faire l'office de téterelle ou de ventouse.

K. von Wild (de Cassel), dans le but de faire saillir la pointe des mamelons effacés ou rétractés, fait porter sur les seins les petites ventouses en verre qui servent au nourrisson dans les cas de crevasses du mamelon. A cet effet, on enlève une partie du bout conique de la ventouse, de façon qu'il n'en reste qu'une portion d'environ 15 millimètres de hauteur, dont on polit le bord avec soin. Ce petit appareil, appliqué sur le sein et recouvert d'une couche d'ouate, se maintient en place par le simple contact des vêtements. En exerçant une pression uniforme et continuelle sur le pourtour du mamelon, il fait proéminer celui-ci dans la concavité de la ventouse. Vers la fin de la grossesse, cette saillie du mamelon devient permanente et suffisante pour que l'allaitement puisse s'effectuer sans difficulté ; pour la nuit, on enlève l'appareil et on l'immerge dans de l'eau boriquée.

L'eczéma chronique du mamelon et de l'aréole, prédisposant aux gerçures et aux crevasses, devra être soigneusement traité avec une solution chaude de sublimé à 0 gr. 40 p. 100.

Beaucoup d'accoucheurs ont proscrit complètement l'usage du corset pendant la grossesse; c'est exiger un peu trop, car les femmes qui ont les seins gros, pesants, pendants, doivent ou porter un corset spécial ou des brassières pour soutenir les seins.

Après l'accouchement la femme doit redoubler d'attention pour ses seins. S'il n'a pas été fait de prophylaxie des maladies du sein avant l'accouchement, aussitôt que celui-ci est terminé on devra faire la toilette des seins. Il faudra savonner doucement les mamelles pour en enlever les poussières et les matières grasses, puis on fera une friction du mamelon avec de l'alcool et on y appliquera une compresse imbibée d'une solution antiseptique.

Il faudra ensuite veiller à la propreté minutieuse de tout ce qui vient en contact avec le sein : doigts de la mère, du médecin, de la garde, pièces de pansement, linges de corps, etc. L'accouchée, la garde ou le médecin ne toucheront le mamelon qu'après s'être lavé et désinfecté parfaitement les mains. Les linges et tous les objets qui sont en contact avec les seins seront d'une propreté parfaite ; à l'hôpital et partout ailleurs, quand on le peut, il faut les passer à l'étuve. Les linges devront, au moins, être bien lessivés et repassés. Avant de se servir des bouts de sein et des téterelles, il faudra les désinfecter. On emploie à cet usage une solution d'eau salée ou boriquée, on y dépose ces objets et on porte à l'ébullition. Après chaque tétée, ces mêmes

objets sont lavés et mis dans de l'eau boriquée saturée, ou dans une solution de bicarbonate de soude, de borax, ou de naphtol à 1-2 p. 1000.

Avant chaque tétée on lavera les mamelons avec une solution saturée d'acide borique. Après les tétées, on pratiquera les mêmes lotions du mamelon, puis on le recouvrira d'une gaze sèche aseptique ou d'une gaze imbibée d'une solution antiseptique (bichlorure ou acide borique) ou d'un mélange de glycérine et d'alcool. Certains accoucheurs emploient, au lieu de compresses antiseptiques, différentes pommades qu'ils appliquent sur le sein après chaque tétée pendant une quinzaine de jours. Voici une formule du Dr M. J. Thomas:

R Teinture de Benjoin composée ..XV gtt.
Huile d'olive .. .. 8 grammes.
Lanoline.. .. .. 24 grammes.

Avant et après chaque tétée, *on lavera soigneusement les lèvres, les gencives, le palais et la langue du nourrisson,* soit avec une solution saturée d'acide borique ou avec de l'eau alcaline, et même dans certains cas avec de l'eau oxygénée pure. Si la bouche de l'enfant est malade (muguet), si elle est le siège d'un abcès (parotidite) ou si elle présente de la suppuration, suite de traumatisme causé par la manœuvre de Mauriceau, il faut redoubler de soins et la bien nettoyer avec de l'eau oxygénée. Il vaut mieux même après l'avoir bien lavée, faire usage de la téterelle.

Une autre source d'infection peut exister dans le pus provenant des yeux atteints d'ophtalmie purulente. Quand l'enfant souffre d'ophtalmie, on ne peut jamais exagérer les précautions avant de mettre l'enfant au sein. Avant d'approcher l'enfant de sa mère, il faut

nécessairement laisser passer la période aiguë de la maladie, attendre au moins que la suppuration soit presque complètement tarie. Puis quand on juge que le danger de contamination de la mère est amoindri, et qu'on se décide à mettre l'enfant au sein, il faut tout d'abord bien nettoyer les yeux avec une solution saturée d'acide borique. Les paupières doivent être complètement retournées en dehors pour enlever le pus autant que possible. Puis on instille entre les paupières quelques gouttes d'une solution d'argyrol à 20%. On lave complètement la figure de l'enfant pour en enlever le pus qui a pu y sécher. On recouvre ensuite les paupières avec une compresse, imbibée d'une solution d'acide borique, qu'on maintient en place par un bandage bien appliqué autour de la tête. On peut alors mettre l'enfant directement au sein; même après avoir pris toutes ces précautions, il est préférable de faire usage de la téterelle.

Il ne faut pas oublier que les maladies de peau de l'enfant, soit à la figure soit aux mains, peuvent infecter le sein de la mère, aussi faut-il envelopper les mains malades et panser les plaies de la figure avant de mettre l'enfant au sein.

(b) *TRAITEMENT CURATIF.*—Quand les érosions, les gerçures et les crevasses ont fait leur apparition, il faut de toute nécessité suivre fidèlement toutes les règles plus haut énoncées, dans le double but de guérir ces lésions très douloureuses, et d'en prévenir les conséquences fâcheuses. Il faut protéger le mamelon contre la bouche de l'enfant, avec un bout de sein artificiel ou une téterelle.

Certaines gerçures du mamelon guérissent facile-

ment et promptement, parce qu'elles sont simplement traumatiques ; il suffit d'éloigner la cause (allaitement) qui les produit et elles disparaissent. D'autres sont compliquées par la présence des microbes, et se cicatrisent plus difficilement.

Lusk prétend "que, par la seule propreté et l'enlèvement des causes irritantes, les écorchures les plus sérieuses du mamelon guérissent dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, à condition toutefois que l'allaitement soit suspendu."

Le premier traitement des gerçures et des crevasses, c'est d'éviter les tétées trop rapprochées, trop prolongées ; c'est même de les suspendre complètement pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Pour diminuer la tension excessive qui résulte de la suspension de l'allaitement, on peut, suivant les cas, appliquer un bandage compressif ou des compresses humides chaudes ; donner des laxatifs salins ; comprimer avec les mains, la mamelle mise au repos, de la base vers le sommet, ou se servir d'une pompe appropriée.

Qu'on suspende ou non l'allaitement, afin d'activer le travail de cicatrisation on se servira de différents topiques. Après avoir insensibilisé le mamelon pendant 5 minutes avec une solution de cocaïne à 10 p. 100, on dégraisse le bout du sein avec un peu d'éther ; on touche chaque fissure avec de la teinture d'iode fraîche et on saupoudre ensuite la région avec du bicarbonate de soude. Ce pansement est renouvelé trois fois par jour.

On peut aussi toucher d'abord les érosions et les crevasses avec de l'eau oxygénée, puis employer les moyens suivants : entre les tétées on applique des bouts de sein en plomb ; on touche, matin et soir, les ulcéra-

tions et même tout le mamelon avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 qu'on laisse sécher à la lumière du jour; on applique, pendant une heure, trois fois par jour, une compresse imbibée d'alcool à 50 p. 100; ou on fait des applications de glycérolé de tannin ou d'un mélange de glycérine et d'acide borique, ou d'un composé d'huile de ricin et de bismuth; on fait aussi des badigeonnages de teinture de benjoin.

Contre les simples gerçures, il suffit souvent de mettre quelques gouttes d'eau oxygénée pure et de faire ensuite des badigeonnages de teinture de Benjoin, après chaque tétée. On peut remplacer la teinture par la pommade suivante:

Teinture de benjoin..	1 gramme
Baume du Pérou..	1 gramme
Vaseline..	8 grammes

Mais comme la teinture de benjoin et la pommade ne sont pas sans occasionner de la douleur et de la cuisson, on peut y ajouter de la cocaïne et prescrire ainsi:

Teinture de benjoin	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.. ..	50 centigrammes

On peut ajouter à la pommade 25 à 50 centigrammes de cocaïne.

On peut faire aussi des pansements à la vaseline boriquée ou à la lanoline cocaïnisée, ou encore avec:

Aristol	4 grammes
Vaseline	20 grammes

Lepage conseille d'appliquer, au niveau du mamelon et de l'aréole, un petit rond de linge aseptique imbibé d'un mélange à parties égales de glycérine et de liqueur de van Swieten ou de la mixture suivante:

Glycérine neutre .. .. ..500 grammes
Eau stérilisée .. ..450 grammes
Alcool .. .. 50 grammes
Biiodure de mercure .. .. 10 centigrammes
Iodure de potassium .. .. q.s.

Marfan recommande la formule suivante:
Eau de roses .. .. 40 grammes
Glycérine .. .. 20 grammes
Borate de soude.. .. .. .. 8 grammes
Teinture de benjoin. .. .. 12 grammes

S'il me fallait énumérer les différents topiques qu'on a préconisés contre les crevasses du mamelon, je n'en finirais plus; en effet, chaque médecin a sa prescription favorite, et chaque pharmacien sa pommade renommée. On s'est servi d'ichthyol à 25 p. 100, de gaïacol, de beurre de coco, de cérat simple ou phéniqué; on a vanté le cold-cream, les pommades balsamiques, etc., etc.

Voici ma manière de traiter les érosions, fissures, etc.: après la tétée, je fais nettoyer le mamelon avec une solution saturée d'acide borique; on assèche complètement; on met quelques gouttes d'eau oxygénée pure qu'on laisse quelques minutes; on assèche; puis on badigeonne le mamelon avec de la teinture de benjoin composée, et on applique ensuite un tampon de coton absorbant bien enduit de vaseline boriquée. Je suspends au besoin l'allaitement pendant douze ou vingt-quatre heures. Dans ce dernier cas, j'applique sur tout le sein des compresses humides chaudes à l'acide borique.

Quand les crevasses sont étendues et profondes, on pratique avec avantage des cautérisations au nitrate d'argent. Voici comment on opère: on saisit le mame-

lon et on le relève d'un côté, de façon à mettre bien à découvert la crevasse que l'on touche ensuite avec la pointe du crayon mitigé de nitrate d'argent. Comme l'action de ce dernier doit être absolument locale, on l'applique à sec; la lymphe sécrétée par la surface à vif fournit le degré d'humidité nécessaire. Il ne faut pas plonger le crayon dans l'eau, ni mouiller le mamelon, parce que la solution forte de nitrate d'argent diffusera sur tout le mamelon.

Il y a encore un autre symptôme contre lequel il faut agir, et ce n'est pas le moindre: la *douleur*. Pour calmer ses angoisses et soulager sa douleur, la mère fera, cinq minutes avant chaque tétée, des badigeonnages avec un pinceau trempé dans une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 20, puis recouvrira le mamelon avec un petit disque de coton hydrophile trempé dans la même solution. Précaution indispensable avec l'usage de la cocaïne: laver largement le mamelon avec de l'eau stérilisée au moment de la tétée pour éviter l'empoisonnement du nourrisson. Joïse nous met en garde contre l'usage trop fréquent ou trop prolongé de la cocaïne. "En produisant, dit-il, l'anesthésie du mamelon, la cocaïne en prévient l'érection, et ainsi favorise la diminution de la quantité du lait. "Avec une solution à 5 p. 100, appliquée 5 à 6 fois par jour, le lait se tarirait dans l'espace de deux à six jours.

ARTICLE II

LYMPHANGITE.

La lymphangite succède ordinairement aux érosions, aux fissures, aur gerçures ou aux crevasses du mamelon.

SYMPTOMES. — La lymphangite débute du troisième au dixième jour des suites de couches. D'après Jeannin la maladie se manifeste le plus souvent le sixième jour; d'après Baumgartner, le septième; d'après la statistique de Varnier, le 4e jour. L'accouchée, jusque-là bien portante se sent tout à coup frissonnante, éprouve parfois un frisson violent. Subitement la température monte à 39°, 40° ou 41°; le pouls devient fréquent (130). Parfois on note des maux de tête, de la sécheresse de la langue, une soif vive, une douleur aiguë et une sensation de cuisson dans un sein.

La lymphangite peut être *superficielle ou profonde.*

Dans la *lymphangite superficielle,* le sein est habituellement plus gros; il est tendu, dur. On y constate des trainées ou des plaques rouges, luisantes, qui contrastent avec la blancheur de la peau avoisinante. Les trainées partent du mamelon et divergent dans tous les sens en forme d'éventail. En général, les trainées siègent sur le côté externe du sein. La peau à ce niveau est chaude, brûlante, d'une chaleur mordicante; la palpation y décèle de petits cordons fins qui sont les lymphatiques malades. On trouve dans l'aisselle des ganglions gros et douloureux à la pression. On peut confondre la lymphangite superficielle avec des rougeurs qui pro-

viennent de solutions médicamenteuses appliquées sur les seins ou de l'érythéme pudibond qui se produit chez certaines femmes émotives dont on découvre la poitrine.

Dans la *lymphangite profonde*, la peau reste normale, mais il existe une douleur dans l'intimité de la glande. La lymphangite profonde peut être confondue avec un simple engorgement laiteux, ou avec une évacuation insuffisante du sein. Cette lymphangite se reconnaît par la constatation des cordons durs et douloureux se dirigeant vers l'aisselle.

Ce qui caractérise la lymphangite, c'est la fugacité des symptômes. Généralement au bout de douze, vingt-quatre ou trente-six heures, la température redevient normale aussi brusquement qu'elle était montée. Parfois, mais très rarement, la température descend en lysis. Les deux seins peuvent être atteints successivement, ou la maladie peut récidiver dans le même sein après quelques jours.

La lymphangite, qui se termine ordinairement par résolution, peut, dans quelques circonstances, se compliquer de galactophorite ou d'abcès lymphangitiques superficiels. La lymphangite profonde peut être une complication de la galactophorite.

TRAITEMENT. — Le traitement de la lymphangite est très simple: il consiste à faire des applications de compresses humides chaudes ou froides faiblement antiseptiques (acide borique) ou alcoolisées et à exercer une compression du sein. On suspendra momentanément l'allaitement du côté malade. D'après certains accoucheurs l'application de sacs de glace produirait les mêmes résultats.

ARTICLE III

GALACTOPHORITE OU GALACTOPHORO-MASTITE.

La galactophorite ou *l'ancien abcès canaliculaire du sein,* ou la *mastite puerpérale* vraie ou mieux, comme le veulent Lecène et Lenormant, *la mastite* de *l'allaitement,* ou, suivant les Américains, la mastite parenchymateuse, est une inflammation des canaux galactophores.

CAUSES.—En décrivant les causes, je veux parler, (pour éviter les répétitions), des causes de la galactophorite et des abcès du sein en général dont le point de départ est souvent la lymphangite ou la galactophorite.

Les causes prédisposantes de la *galactophorite* et de *toutes les variétés d'abcès de la mamelle* sont celles que j'ai données plus haut comme causes des érosions, des fissures, des gerçures et des crevasses du mamelon; ces dernières lésions elles-mêmes comptent parmi les causes prédisposantes.

Les causes déterminantes des infections du sein sont les micro- organismes. Tous les germes peuvent être cause d'infection mammaire. Ceux qu'on rencontre le plus souvent sont le staphylocoque, le streptocoque, le colibacille, les anaérobies, le pneumocoque, l'oïdium albicans. Souvent l'infection est polymicrobienne.

L'origine de l'infection mammaire est presque toujours *hétérogène,* mais elle peut être parfois *autogène.*

Elle est hétérogène quand elle est apportée aux seins par les mains du médecin, de la garde; ou de la malade elle-même, par les linges ou objets de pansements, par la bouche, les yeux, le nez, les mains, la peau du visage du bébé.

L'infection autogène ne peut être niée. Elle est la conséquence des germes qui habitent la glande mammaire à l'état habituel. Cohn, Newmann, Palleske, Ringel et beaucoup d'autres ont trouvé des microbes dans le lait des accouchées bien portantes. Les recherches de Honigmann, par leur nombre, constituent une contribution importante à l'étude de ce problème. Chez 64 femmes récemment accouchées, 76 recherches faites dans les meilleures conditions d'asepsie possibles ont permis de constater 4 fois seulement que le lait était entièrement stérile; dans tous les autres cas, Honigmann trouva dans ce liquide le staphylocoque doré ou le staphylocoque blanc. Charrin et Budin ont constaté la présence du staphylocoque blanc dans le lait de nourrices bien portantes, allaitant des enfants sains. Cohn et Newmann ont trouvé 38 fois sur 41 examens des microbes, le plus souvent des streptocoques. Kostlin y a rencontré presque constamment du staphylocoque. D'après Genoud, les micro-organismes n'habitent que les replis du mamelon et les canaux galactophores; ils n'existent pas dans les acini glandulaires.

Les voies d'infection sont: la *voie lymphatique*, la *voie caniculaire* (canaux galactophores), la *voie sanguine.*

L'infection par la voie sanguine est très rare; la plupart des auteurs se contentent de la mentionner comme possible. Tout de même, il ne faut pas oublier

que, dans l'infection puerpérale, le sang peut charrier les microbes jusque dans la mamelle, comme il a pu les transporter ailleurs, et qu'ils peuvent y coloniser. Escherich et beaucoup d'autres ont prouvé que les micro-organismes, charriés par le sang, peuvent être éliminés par le lait, comme ils le sont au niveau du rein par l'urine.

Pendant de longs siècles, on a fait jouer à *l'engorgement laiteux* un rôle prépondérant dans les lésions inflammatoires du sein. L'engorgement laiteux joue certainement un rôle dans la mammite; mais seul, il ne peut la produire: les expériences le prouvent surabondamment. Il favorise certainement le développement des germes; mais le facteur le plus important est évidemment le microbe. Kehrer n'a jamais pu obtenir de mammite chez les lapines dont il avait obturé les orifices galactophores. Pierre Delbet a fait des expériences sur des chiennes. Il a fait, sur plusieurs mamelles, la ligature sous-cutanée de quelques canaux galactophores, et il a laissé les petits téter. La sécrétion réflexe du lait se faisait autant dans les conduits liés que dans ceux encore ouverts. Jamais il n'apparut d'inflammation.

Georges Mendailles (thèse de Paris) prête à l'engorgement laiteux une importance capitale dans la production de la galactophorite et des abcès. Pour lui, il existe deux causes combinées: l'engorgement et le microbe. "Isolé, chacun de ces deux facteurs perd de son importance; réunis, ils s'influencent réciproquement, augmentent comme en un cercle vicieux leur action nocive." En effet, il y a beaucoup moins de danger d'infection si la mamelle se vide régulièrement; d'un autre

côté, les microbes cheminent plus facilement dans les canaux où le liquide est stagnant, sans courant contraire. La clinique démontre que l'inflammation siège plus fréquemment dans les lobes inférieurs de la mamelle, endroits d'où le lait sort plus difficilement.

SYMPTOMES DE LA GALACTOPHORITE.— La galactophorite débute habituellement d'une manière insidieuse du septième au douzième jour, rarement plus tôt, exceptionnellement plus tard. Maygrier en a observé un cas après quarante-cinq jours; Demelin et Gadaud en ont vu du trentième au soixantième. J'en ai vu un cas dernièrement survenu le onzième mois; j'en ai présentement un autre cas qui a débuté vers le vingtième jour.

La maladie débute soit par un léger mouvement fébrile, soit par une douleur dans le sein ou plus exactement une sensation de tension douloureuse dans le sein, tension s'exagèrant au moment des tétées et pouvant devenir très vive. Le sein paraît augmenter de volume plutôt à la palpation qu'à l'inspection; sa consistance est accrue. Il n'existe aucune déformation du sein, aucune rougeur de la peau. La palpation permet de constater les lobules enflammés, saillants et indurés. La pression de ces lobules détermine l'issue du pus par le mamelon.

La température monte progressivement à 37° 8, 38°, 38°5, rarement au-dessus. Dans un cas rapporté par Boissard, la température est restée normale pendant huit jours. Assez souvent la température monte tout à coup, comme dans la lymphangite, et s'abaisse aussi rapidement.

D'après Boissard, le début de la galactophorite est

quelquefois si insidieux qu'on n'en peut faire le diagnostic que par la façon dont le nourrisson allaité se comporte. "Le nourrisson, en effet, qui a avalé du pus, dit-il, fût-ce en minime quantité, va présenter immédiatement une chute, une descente dans son poids; cette chute peut dépasser 100 gr. dans les vingt-quatre heures. Mais il y a plus; malgré le traitement institué chez l'enfant, la perte de poids continue et s'accentue.... la chute du poids du nouveau-né a une importance capitale: c'est souvent le premier signe qui vous permettra de faire le diagnostic et de reconnaître, en l'absence de tous les phénomènes généraux, que les conduits galactophores contiennent du pus."

Dans la galactophorite les ganglions axillaires ne sont pas affectés. S'il y avait coexistence de lymphangite et de galactophorite, il est évident qu'on aurait association des symptômes propres à chaque variété ou plutôt prédominence des signes extérieurs de la lymphangite; forte élévation de température, traînées rouges et présence dans l'aisselle de ganglions gros et douloureux à la pression.

Le véritable *signe pathognomonique* de la galactophorite est l'écoulement du pus par le mamelon, soit pur, soit mélangé au lait.

Voici la technique de Budin pour faire sourdre du pus des canaux lactifères: "Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein, à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes; puis en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon, et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. S'il n'y a

qu'une petite quantité de pus, on le voit sortir sous forme de filaments grisâtres, jaunâtres, qui, s'échappant par l'extrémité d'un canal galactophore, forment comme des petits vers, plus ou moins isolés au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins."

Le pus vert, grisâtre ou d'un jaune éteint, ne jaillit pas comme le lait; plus épais, il s'accumule au niveau de l'*area cribosa*, et n'en sort qu'entraîné par son propre poids. La quantité de pus que l'on peut faire sourdre par l'expression du sein varie de quelques gouttes à deux ou trois cuillerées à soupe.

Voici, d'après Boissard, les caractères différentiels du pus d'avec le lait:

"1° Sa couleur d'un jaune moins éclatant, plus grisâtre, plus verdâtre;

"2° Sa consistance plus grande et plus homogène;

"3° Sa manière d'imbiber l'ouate; le lait y pénètre plus vite et à la fois plus profondément; le pus y reste plus superficiellement, comme en relief, et pénètre moins vite;

"4° Sa manière de quitter le mamelon; le lait, à mesure qu'il sort, coule entraîné par sa fluidité; le pus s'accumule d'abord à l'orifice du conduit, puis, seulement lorsque sa masse est suffisante, tombe entraîné par son poids."

L'examen microscopique peut trancher tous les doutes, s'il en existe.

EVOLUTION. — La galactophorite évolue en général assez rapidement vers la guérison (5 à 10 jours) lorsque le traitement est institué de façon rapide et opportune. La maladie peut se prolonger ou évoluer par poussées successives (5 à 6); on peut observer des

rechutes et des récidives. Elle peut affecter les deux seins.

Si le traitement est insuffisant ou appliqué trop tardivement, la galactophorite peut être le point de départ d'un abcès, parce que l'infection s'étend au-delà des vaisseaux galactophores et des acini, et envahit le tissu cellulaire périglandulaire.

PRONOSTIC. — Le pronostic est bénin pour la nourrice; cependant la galactophorite peut être le point de départ d'abcès multiples. Le pronostic peut devenir sérieux pour l'enfant. Celui-ci peut souffrir de troubles digestifs, lorsqu'il avale du pus mélangé au lait. En outre, l'absorption du pus par l'enfant peut provoquer des infections diverses (abcès de la bouche, parotidite, entérite, abcès multiples, broncho-pneumonie, ostéomyélites, etc.), et parfois même, une septicémie généralisée. Le pus qui s'écoule du mamelon peut infecter les yeux de l'enfant.

TRAITEMENT DE LA GALACTOPHORITE. —Dès le début de la maladie, si l'on peut en être averti assez tôt, le traitement consiste à suspendre momentanément l'allaitement, à immobiliser le sein et à y faire des applications humides chaudes ou froides. Quelques accoucheurs, les Américains entre autres, proscrivent complètement le massage du sein e l'emploi du tire-lait. Ils appliquent, suivant le cas, sur un des seins ou sur les deux, un bandage compressif qu'ils recouvrent d'un ou de deux sacs de glace, qu'ils n'enlèveront que douze heures après la chute de la température à la normale. Ils administrent en même temps un purgatif salin.

Quand le pus est formé, on peut, par la méthode de Chassaignac-Budin enrayer les progrès de la maladie neuf fois sur dix, d'après les statistiques de quelques accoucheurs. J'ai obtenu par cette méthode de magnifiques résultats dans presque tous les cas que j'ai observés. La méthode Chassaignac-Budin c'est *l'expression mammaire*, qui demande à être pratiquée de la manière que j'ai décrite plus haut en parlant de la recherche du pus dans les vaisseaux galactophores. Il faut prolonger l'expression, autant que possible, jusqu'à la sortie complète du pus. Dans certains cas, l'expression doit être pratiquée deux ou trois fois par jour. Après chaque séance, on lave le sein et le mamelon avec une solution antiseptique ou mieux avec de l'eau oxygénée pure ; puis on applique un pansement compressif qui relève le sein. Avant de mettre le bandage compressif, j'applique toujours une compresse humide chaude que je renouvelle toutes les 2 ou 3 heures.

L'expression mammaire est quelquefois si douloureuse qu'elle nécessite l'inhalation de quelques bouffées de chloroforme. Elle n'est pas exempte d'inconvénients ou de dangers; elle ne vide pas toujours tous les acini glandulaires; elle risque de traumatiser le sein enflammé, et de propager la maladie dans le tissu cellulaire, où elle provoquera des abcès multiples et étendus. Bar et Bonnaire la rejettent absolument.

Les deux derniers auteurs nommés se contentent de suspendre l'allaitement, d'immobiliser le sein et d'y appliquer un pansement glacé: soit le sac de glace habituel, soit un cataplasme composé de farine de lin et de petits fragments de glace, cataplasme qui a l'avantage de se conserver plus longtemps froid.

Quel que soit le traitement mis en usage, il faut toujours attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures après que toute trace de pus a disparu, pour mettre l'enfant au sein, et on ne mettra l'enfant au sein qu'après avoir vidé le sein.

La méthode de Chassaignac-Budin, très répandue parmi les accoucheurs, a été modifiée par quelque médecins dans le but de rendre l'évacuation du pus moins douloureuse. M. Legroux opère ainsi: "Une ventouse, surmontée d'un ajutage, est appliquée sur le sein malade de façon à faire saillir le mamelon dans l'intérieur de la ventouse; on fait le vide au moyen d'une petite pompe aspirante qui entre à frottement doux dans l'ajutage de la ventouse. Après le premier coup de piston, le lait ou le pus jaillit dans la ventouse. Il faut avoir soin alors de séparer la pompe de la ventouse pour permettre à l'air de pénétrer de nouveau dans celle-ci. Si l'on ne prenait pas cette précaution, il se produirait le même phénomène que lors d'une application de ventouse; une ecchymose se produirait sur le mamelon qui deviendrait aussitôt le siège d'une forte douleur."

ARTICLE IV

Les autres infections du sein que je vais décrire constituent ce qu'on peut appeler les abcès du sein. Ils sont beaucoup plus rares aujourd'hui, grâce aux mesures aseptiques et antiseptiques, et grâce à la connaissance plus parfaite qu'on a de la galactophorite et de son traitement plus prompt et plus raisonné. Ils reconnaissent trois origines: l'origine lymphatique, l'origine canaliculaire et l'origine sanguine.

Je les décris dans l'ordre que je leur ai déjà donné:

A.—*ABCES DU MAMELON ET DE L'AREOLE.* — Les follicules sébacés très développés du mamelon et de l'aréole et les petites glandes mammaires de cette dernière région peuvent être le lieu d'élection du début des phlegmasies, qui aboutissent à la formation de petits furoncles ou abcès tubéreux que Delbet compare à ceux qu'on observe dans l'aisselle ou à la marge de l'anus.

Ces abcès tubéreux sont généralement de la grosseur d'un pois; ils ne dépassent jamais les dimensions d'une noix. Ils forment des bosselures lisses et tendues, de coloration bleuâtre. Ils sont quelquefois très douloureux.

Ces petits abcès, d'ordinaire sans gravité, se ramollissent rapidement et ont tendance à s'ouvrir spontanément à l'extérieur. Cependant plusieurs peuvent se réunir pour former un seul foyer qui décollera plus largement la peau ou envahira plus profondément les tissus.

B.—*ABCES GLANDULAIRES.* — Les abcès glandulaires sont la conséquence d'une galactophorite; donc le début de ces abcès se confond avec la galactophorite. Les symptômes de cette dernière infection persistent et augmentent d'intensité. La température monte à 38° 5 et 39° par oscillations irrégulières ; de légers frissons se répètent; la sensibilité au sein s'accroît; la sensation de tension augmente; enfin, la douleur devient plus vive. La patiente évite les moindres mouvements, les moindres chocs, et quand elle est obligée de laisser examiner son sein, elle y va avec des précautions infinies dans la crainte de réveiller de plus

grandes douleurs. Le sein devient gros, tendu ou présente des bosselures qui le déforment. La peau conserve sa coloration normale tant que la suppuration ne s'établit pas.

Au palper, on sent une ou plusieurs masses indurées plus ou moins volumineuses et douloureuses. Ces masses sont mobiles dans la profondeur et sous la peau. L'expression du sein donne issue au mélange de lait et de pus.

Au fur et à mesure que la suppuration s'établit, les lobules infectés deviennent rénitents, fluctuants; la peau rougit, et il se produit une infiltration œdémateuse. S'il n'y a pas de lymphangite concomitante, la région axillaire ne révèle aucun ganglion.

La fluctation est nette lorsque l'abcès est superficiel; au contraire, elle est vague et très difficile à constater lorsque l'abcès est profond.

On peut essayer un des quatre moyens suivants pour rechercher la fluctuation ou la présence du pus dans les abcès profonds:

(a) Jeannin, à la suite de Velpeau, conseille d'appliquer, avec la paume d'une main, le sein contre la paroi thoracique, tandis que l'index de l'autre main déprime la mamelle en différents points: a un moment donné, le doigt a l'impression de pénétrer dans un orifice à bords résistants, au fond duquel il sent une masse liquide;

(b) Le Fort emploie le procédé suivant: la main gauche enserre la mamelle, le pouce sur un côté, la pulpe des quatre autres doigts sur le côté opposé. La main droite explore la surface ainsi rendue saillante et tendue; en comprimant le point culminant de la

tuméfaction, on y reconnaît la présence du pus inclus, par l'écartement que subissent les doigts de la main gauche restés passifs;

(c) Delbet saisit le sein en totalité avec les deux mains, en plaçant les pouces d'un côté de la tuméfaction et les trois derniers doigts de chaque main de l'autre côté de la tuméfaction. Ainsi on immobilise la glande; en la comprimant, on en fait un point d'appui solide; en outre, on tend la région qu'on doit explorer, et l'on conserve les deux index libres pour cette exploration. Il suffit alors de les appliquer sur les deux extrémités de la tuméfaction, et, l'un restant passif et attentif pendant que l'autre presse, on recueille la sensation de soulèvement;

(d) D'après Castex, en comprimant le sein à pleine main gauche et en se mettant à genoux pour que le regard soit tangent au centre de la partie pressée, on voit ce centre s'acuminer quand la main serre la glande, et redescendre quand cesse l'effort des doigts.

Abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvre spontanément, après avoir aminci la peau qui prend une teinte rouge violacé. La quantité de pus est souvent considérable. La suppuration peut persister pendant longtemps et produire des fistules interminables.

Les abcès peuvent se succéder pendant des semaines dans le même sein ou dans les deux. Plusieurs collections peuvent se produire simultanément, s'ouvrir, suppurer et donner à la mamelle l'aspect d'une pomme d'arrosoir.

Le pus une fois formé peut prendre diverses directions:

(a) Le plus souvent, il se dirige vers la surface;

(b) Dans d'autres cas, il gagne en profondeur et produit l'abcès sous-mammaire;

(c) L'abcès s'ouvre simultanément dans le tissu cellulaire superficiel et le tissu cellulaire rétro-mammaire, produisant ainsi l'abcès en bouton de chemise décrit par Velpeau;

(d) Une collection purulente peut s'ouvrir dans la cavité creusée par une autre collection déjà ouverte au dehors.

Les abcès peuvent détruire complètement la glande ou au moins compromettre l'allaitement futur. La mastite puerpérale laisse des noyaux indurés ou des cicatrices pouvant amener la rétraction du mamelon. Elle prédisposerait au cancer.

C.—*ABCES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE.* — Ces abcès sont consécutifs à une lymphangite superficielle ou profonde, ce qui leur a fait donner par Chassaignac le nom de phlegmons angioleucitiques. Les symptômes généraux et locaux du début sont communs à tous les phlegmons: malaise, frissons ou frissonnements, accélération du pouls, élévation de la température. La peau vis-à-vis le siège de l'inflammation devient rouge dès le début. Cette rougeur, qui précède souvent tous les autres symptômes, se présente sous forme de plaques, peu ou pas saillantes, à bords irrégulièrement découpés, ou bien sous forme de traînées se dirigeant vers le creux de l'aisselle. Si la lymphangite qui a donné naissance à l'abcès est profonde, la rougeur de la peau se montrera beaucoup plus tard, mais les ganglions axillaires n'en seront pas moins rapidement engorgés. Par degrés se montre l'abcès en voie

de suppuration : tuméfaction croissante qui se ramollit peu à peu, coloration de la peau qui devient plus rouge, plus lisse, plus tendue, douleurs aiguës qui prennent un caractère lancinant ; le pus est formé, la fluctuation est superficielle, la tumeur s'acumine, l'abcès va s'ouvrir plus ou moins rapidement.

Le phlegmon sous-cutané est généralement unique et a rarement plus d'un ou de deux pouces de diamètre. Le phlegmon sous-cutané peut se terminer par résolution, mais c'est rare ; le plus souvent il suppure. Il se porte vers la peau, où il cherche à se faire jour, plutôt que vers la profondeur. Il peut arriver aussi que, avant de se faire jour au dehors, l'abcès décolle la peau, s'étende en nappe, fasse [illegible] du sein, fuse vers l'aisselle, l'hypocondre et l'é[illegible] ; mais il n'a pas de tendance à gagner la prof[illegible]deur.

Velpeau et Schroder décrivent sous le nom d'*érysipèle phlegmoneux*, une forme de phlegmon sous-cutané très rare qui tient le milieu entre l'abcès sous-cutané circonscrit et le phlegmon diffus ou panmastite. Ce phlegmon gagne en surface mais jamais en profondeur. La peau est rouge et œdémateuse comme dans l'érysipèle, et le tissu cellulaire œdématié devient rapidement purulent.

D *PHLEGMON RETRO-MAMMAIRE*. — Ce phlegmon est très rare. L'origine peut relever de trois causes distinctes :

(a) Le pus se forme dans le tissu rétro-glandulaire *primitivement ;*

lbu Le pus vient d'un organe voisin *thoracique :*

ostéite costale, épanchement pleural, abcès du poumon, etc.

(c) Le pus vient d'une mastite suppurée.

Le début de ce phlegmon est celui de tous les phlegmons. L'évolution en est très rapide; il atteint son maximum d'intensité en deux ou cinq jours. Très vite on observe un gonflement considérable de la mamelle qui, non déformée, semble s'écarter de la partie antérieure de la poitrine. Le sein est douloureux; sa peau est lisse, chaude, parfois rosée, sillonnée de grosses veines. Souvent il existe à la périphérie du sein un *bourrelet œdémateux,* qui indique que la suppuration s'est produite. En comprimant le sein d'avant en arrière, on rend ce bourrelet plus apparent, et en même temps on a la sensation que l'organe *repose sur une éponge,* ou qu'il nage sur du pus.

En général, abandonnée à elle-même, la collection purulente vient se faire jour à la partie inféro-externe de la glande, mais elle peut, ce qui est rare, fuser dans plusieurs directions: cou, creux axillaire, abdomen.

E. *PANMASTITE* ou *PHLEGMON DIFFUS.* — Cette variété de phlegmon est excessivement rare. Je n'en ai rencontré qu'un seul cas, il y a déjà longtemps.

Les symptômes généraux et locaux sont très prononcés d'emblée. La fièvre est forte et souvent accompagnée de délire, de frissons; le pouls devient fréquent, petit, dépressible, et l'état adynamique redoutable. Dès le début, les douleurs sont lancinantes, et la malade éprouve la sensation d'une constriction violente exercée sur la mamelle. La surface du sein se couvre d'une rougeur érythémateuse. La mamelle augmente de volu-

me, se boursouffle, et, quand la suppuration s'établit, l'organe semble être une éponge de pus.

Le sein se ramollit rapidement, la peau s'ulcère en maints endroits, le tissu cellulaire se sphacèle. Par les multitudes de pertuis, il s'écoule un mélange de lait, de pus et de lambeaux sphacélés de tissu cellulaire. La suppuration s'éternise et l'organe subit une véritable dissection d'où résultent des déformations hideuses, des brides cicatricielles informes.

Le phlegmon diffus est généralement grave, entraîne la mort souvent, même en quarante-huit heures; en tout cas, quand la guérison survient elle est très lente.

Ombrédanne décrit une autre variété de panmastite qu'il appelle *phlegmon ligneux.* En voici la description que je trouve dans A. Baumgartner:

"Au cours de la lactation, un sein devient volumineux, tendu, dur en totalité. On ne sent plus la glande. La mamelle paraît de bois; la peau rougit dans toute l'étendue de la région; cependant la femme souffre peu: la température est basse, le pouls bon; l'état général ne semble pas atteint. Il n'existe pas de ganglion dans l'aisselle.

"Cet état persiste longtemps: un mois, six semaines. Puis, tous les symptômes disparaissent progressivement; le volume du sein revient peu à peu à la normale; la consistance réapparaît élastique; la peau recouvre sa souplesse. Au bout de plusieurs mois, l'affection semble guérie."

TRAITEMENT DES ABCES DU SEIN.—Ce traitement consiste à appliquer des compresses humides chaudes ou des sacs de glace à demeure, pendant la pé-

riode phlegmasique, c'est-à-dire tant que l'abcès n'est qu'en voie de formation. L'allaitement est suspendu jusqu'à guérison.

Dès que l'abcès est formé, il ne faut plus hésiter; il faut donner issue au pus. On fera l'incision *parallèlement aux canaux galactophores*, c'est-à-dire dirigée en rayon, du mamelon vers la périphérie du sein. Presque tous les accoucheurs conseillent aujourd'hui de faire une *large incision*. Je pratique l'incision juste suffisamment large pour y placer un drain moyen.

On exprime la glande pour en faire sortir le pus, et l'on injecte de l'eau oxygénée pure. On termine par l'application d'un pansement aseptique compressif qu'on renouvellera au besoin deux fois par jour.

Si l'abcès se vide mal, s'il est volumineux ou en clapier, on pratique une contre-ouverture, et l'on place une anse de drain transcurrente entre les deux ouvertures. Walther draîne séparément les deux ouvertures, afin de pouvoir raccourcir chaque drain au fur et à mesure que la cicatrisation se fait par la profondeur. Par ce procédé, la guérison s'obtiendrait plus rapidement, et les cicatrices seraient moins marquées.

Lorsque les abcès lobulaires du sein sont multiples et assez éloignés les uns des autres, on fait une incision radiée sur chaque point infecté et fluctuant. Weber ouvre largement chaque abcès, et il enlève ensuite à la curette tranchante les tissus nécrosés. Mais lorsque les abcès sont rapprochées, il fait une seule incision profonde, y introduit le doigt qu'il pousse avec une force considérable à la recherche des fusées purulentes et des loges; puis il passe la curette.

Marmaduke Sheild opère de la manière suivante:

aussitôt que l'élasticité et la fluctuation profonde sont évidentes, on pratique une incision radiée assez grande pour y introduire l'index qu'on pousse jusqu'à ce que le pus apparaisse. Le doigt pénètre dans la cavité, brise les loges et les cloisons qui séparent les diverses cavernes de suppuration, puis il se rend jusqu'au sillon thoraco-mammaire. Là on pratique dans le sillon une large contre-incision, par laquelle on fait le drainage de l'abcès, après avoir refermé l'incision supérieure, avec un crin de Florence et une couche de collodion. Le tube est laissé dans la plaie inférieure aussi longtemps qu'il est nécessaire, et on le raccourcit au besoin.

Félizet ne se sert pas du bistouri ; il fait l'incision au thermocautère soit dans le sillon thoraco-mammaire, soit à travers un orifice fistuleux ; puis il décolle le sein de la paroi thoracique et flambe la plaie au chalumeau. La guérison ne s'obtiendrait qu'au bout d'un mois et demi.

Le docteur Beale, à l'instar de Pinard, se sert d'un trocart pour évacuer le pus des abcès glandulaires. On enfonce le trocart dans l'abcès qu'on vide par aspiration ou expression. On injecte ensuite dans la cavité soit de l'argyrol soit de l'eau oxygénée pure. Chirié et David remplacent les incisions des abcès par la simple ponction suivie d'une injection d'argent colloïdal isotonique. L'injection doit être assez abondante pour distendre la poche que l'on a vidée et lavée.

Dans le but de hâter la cicatrisation des foyers ouverts, Jeannin conseille de les panser au bouillon lactique. Il insinue entre les lèvres de l'ouverture, des mèches imbibées de bouillie lactique.

— FIN —

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

DEUXIEME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

TROISIEME PARTIE.

CHAPITRE I.

CHAPITRE II.

INDEX ALPHABETIQUE

B

E

F

G

L

M

Q

R

S

T.

U

V

14
37
13
14
61
65
66
3
35

22